Wiadomości Terapeutyczne

Nr. 1

1929

TREŚĆ

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

ROK I 1929 NUMER 1

PRZEDMOWA

PISMO, *które oddajemy obecnie w ręce Czytelników, nie ma bynajmniej na celu konkurencji z innemi istniejącemi już pismami lekarskiemi. Pragnęlibyśmy natomiast, aby „WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE“ stały się łącznikiem między lekarzami a wydziałem farmaceutycznym I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft. Sądzimy, że uda się nam to osiągnąć przez stałe i dokładne informowanie ogółu lekarskiego o najnowszych postępach i spostrzeżeniach dotyczących wyrabianych przez I. G. Farbenindustrie Aktg. środków lekarskich. Starać się będziemy jednocześnie o uwzględnienie w naszem piśmie wszystkich ważniejszych spraw z zakresu medycyny, któreby mogły zainteresować szerokie koła lekarzy.*

Poza tem kierownictwo pisma dążyć będzie do prowadzenia skrzynki zapytań, w której czytelnicy nasi zawsze będą mogli otrzymywać odpowiedzi na teoretyczne i praktyczno-terapeutyczne pytania z dziedziny praktyki lekarskiej. Sądzimy, że pismo nasze przyczyni się w znacznym stopniu do zwiększenia tak potrzebnej współpracy między wytwórcą a odbiorcą przetworów farmaceutycznych, chętnie więc oczekujemy udziału PP. Lekarzy w naszej pracy.

Redakcja



DOC. DR. STANISŁAW KLEIN, Ordynator Szpitala na Czystem. Warszawa

T. ZW. WĄTROBA ZASTOINOWA A TAMA WĄTROBOWA.

Z oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala na Czystem

Kierownik: Doc. Dr. Stanisław Klejn

Referat z „Polskiej Gazety Lekarskiej“ 1927. Nr. 43

Do najbardziej dokuczliwych i uporczywych objawów, towarzyszących niedomodze mięśnia sercowego, należy t. zw. wątroba zastoinowa. Objaw ten występuje zwykle jednocześnie z objawami zastoinowemi w obrębie krążenia żylnego, a więc wraz z obrzękami; spostrzegamy jednak stosunkowo często przypadki niedomogi sercowej bez obrzęków i bez zastoiny w płucach, gdzie jedynym objawem zastoju jest kolosalnie nieraz powiększona i bardzo bolesna wątroba, która bardzo trudno poddaje się zabiegom leczniczym. W przypadkach tego rodzaju leczenie skierowane ku wzmocnieniu i uregulowaniu działalności serca (naparstnica) pozostaje w stosunku do wątroby bezowocnem; to samo dotyczy dużych dawek diuretyny, oraz metody Karella, conajwyżej jeszcze udaje się niekiedy przy pomocy dożylnych zastrzykiwań strofantyny zmniejszyć cokolwiek objętość wątroby, bolesność jednak wyraźnie jeszcze powiększonego narządu bardzo dokucza choremu.

Rzecz godna uwagi, że powiększenie wątroby pozostaje często, pomimo wydatnej poprawy działalności serca, często nawet przy tętnie 60 i mniej na minutę, przebiega zaś zupełnie bez puchliny brzusznej, i to aż do samego zejścia śmiertelnego.

Fakty te wskazują na to, że nie mamy tu do czynienia z wytworzeniem się obfitej tkanki łącznej w wątrobie, lecz tylko z przepełnieniem układu żyły wątrobowej krwią, co zresztą potwierdza badanie mikroskopowe wątroby, oraz fakty, które poniżej przytoczymy.

Na dziwne to zjawisko mało dotychczas zwracano uwagi, wobec czego nad powstawaniem jego mało się zastanawiano. Co się tyczy przyczyny tego przekrwienia żylnego wątroby, to fizjologja patologiczna uczy nas, że mamy tu do czynienia z zastojem, czyli z utrudnionym wskutek niewydolności serca (prawego przedsionka) odpływem krwi z wątroby. Objaśnienie to jednak nie może nas zadowolnić, gdyż w takim razie zastój ten musiałby się odbić na dorzeczu żyły wrotnej, a więc powinien w następstwie dać stale puchlinę brzuszną, czego jednak w przypadkach, o których mowa, przeważnie nie widujemy, poza tem wątroba zastoinowa pochodzenia sercowego powinna zawsze się zmniejszać pod wpływem środków nasercowych, szczególnie, jeśli te pomyślnie na serce działają, co jednak, jak widzieliśmy, nie zawsze ma miejsce.

Szereg doświadczeń na chorych, które poniżej przytoczymy, pouczyły mnie, że przyczyna nagromadzenia się krwi w wątrobie jest inna i że, przy uwzględnieniu tej przyczyny, można zwiększoną wątrobę zastoinową doprowadzić do

objętości prawidłowej i w ten sposób znacznie złagodzić obraz i przebieg choroby.

Doświadczenie I. Pan S. L., l. 57, cierpi od szeregu lat na rozedmę płuc z następczą niedomogą mięśnia sercowego. Choremu dokucza silny kaszel, duszność. Wyraźna sinica, tętno dochodzi do 120, serce rozszerzone, wątroba znacznie powiększona, bardzo bolesna, obrzęków brak. Mocz bez białka, o wysokim ciężarze gatunkowym, ilość dobowa — 400 cm^3.

Po zastosowaniu w ciągu 3 dni pozycji siedzącej, następnie środków nasercowych i dużych dawek diuretyny duszność i objawy sercowe znikły, pozostała jednak znacznie powiększona i bardzo tkliwa wątroba, na którą w żaden sposób (cardiaca, diuretyna, pijawki ad anum) wpłynąć się nie udało; mocz stale wydziela się w ilości niedostatecznej. U chorego zastosowałem wtedy co drugi dzień zastrzykiwania domięśniowe 1 cm^3 rozczynu Salyrganu. Wynik był zdumiewający: przy stałem zwiększaniu się ilości dobowej moczu do 1500 cm^3 i wyżej, wątroba coraz bardziej poczęła się zmniejszać, tak, że po 10-dniowej kuracji Salyrganowej objętość jej wróciła do normy, przyczem wątroba ledwo dała się wymacać tuż pod łukiem żebrowym jako twór absolutnie bezbolesny. Podobne doświadczenie, przeprowadzone w 4 analogicznych przypadkach, dało wyniki zupełnie identyczne.

Nie ulega chyba wątpliwości, że *Salyrgan podziałał tu na zmniejszenie objętości wątroby w ten sposób*, że *spowodował uruchomienie krwi nagromadzonej w wątrobie*, ta zaś wprowadzona do krwiobiegu spowodowała zwiększoną diurezę przy pomocy zupełnie sprawnie działających nerek.

O tem, żeby diureza powstała tu drogą zadziałania Salyrganu wprost na nerki, nie może być mowy, wiemy bowiem, że Salyrgan podobnie jak i Novasurol nie jest środkiem moczopędnym działającym wprost na nerki, lecz środkiem wpływającym na t. zw. tkankę przednerkową, głównie na tkankę łączną podskórną, środkiem uruchomiającym zawarte w niej elektrolity (NaCl) oraz wodę, które razem stanowią swoistą podnietę dla nerek (Asher, Curtus).

Objaśnienie to jednak w stosunku do wątroby napotyka na pewne trudności, a to dlatego, że w wątrobie w stanach opisanych obrzęku nie mamy, lecz tylko przekrwienie, przypuszczać zatem należy, że zmniejszenie wątroby następuje tu nie wskutek uruchomienia wody i soli, ile wskutek usunięcia przeszkody w odpływie krwi żylnej z wątroby. O tem, ażeby tu pewną rolę grała poprawa czynności serca, nie może być mowy, widać to zresztą z tego, cośmy przytoczyli wyżej, pozostaje zatem jedyne przypuszczenie, że usunięty tu zostaje pewien czynnik, stanowiący tamę dla odpływu krwi z wątroby.

Już badania Ludwiga doprowadziły go do uważania wątroby za czynnik hemodynamiczny ustroju, nagromadzający w miarę potrzeby w swojem rozległem łożysku naczyniowem krew w ilości nieraz kolosalnej i przez to chroniący serce od nadmiaru pracy. Mechanizm jednak grający decydującą rolę w tej dynamicznej czynności wątroby pozostał nieznany, aż do chwili gdy Lawson i Roca wykryli t. zw. tamę wątrobową, która w postaci mięśni umie-

szczonych u ujścia żyły wątrobowej, posiada własność, pod wpływem rozmaitych czynników zamykania i otwierania się.

Mautner i Pick wykazali, że tama ta zamyka się pod wpływem nerwu błędnego, nerw zaś współczulny ją otwiera. Tem się objaśnia, że działanie tamy ustaje pod wpływem adrenaliny oraz środków moczopędnych rzędu purynowego oraz histaminy; analogiczne ma być według badań Molitora, działanie Novasurolu. Badacz ten natomiast przekonał się, że przy spadku ciśnienia, powstającym podczas wstrząsu w następstwie zatrucia pewnemi jadami, (pepton), występuje kolosalne przekrwienie wątroby jako następstwo zamknięcia tamy. Fakt ten potwierdzili Pollitzer, Stolz i Brill, wstrzykując chorym domięśniowo 250 mg peptonu, przyczem waga ich wydatnie się zwiększała.

Wobec wyżej przytoczonych danych i braku odpowiednich badań nad t. zw. wątrobą zastoinową, celowem okazuje się sprawdzenie w przypadkach odpowiednich, jak się zachowuje wątroba i wydzielanie wody przez nerki pod wpływem środków wspomnianych. Do tego celu najbardziej nadawali się chorzy w rodzaju wyżej opisanego, a więc dotknięci obrzmieniem wątroby pochodzenia sercowego, ale bez obrzęków. A oto wyniki:

Doświadczenie II. Chora A. M., l. 35, przebywa na oddziale po raz drugi wskutek niedomogi serca na tle niedostateczności zastawki dwudzielnej i zwężenia lewego ujścia żylnego. Znaczna duszność, tętno 112, wątroba dochodzi do pępka, jest twarda, bardzo bolesna samoistnie i na dotyk. Obrzęków niema, mocz bez białka, ilość dobowa 500 cm^3.

Chora w ciągu 2 tygodni otrzymuje naparstnicę i strofantynę, poczem działalność serca się poprawiła, tętno spadło do 54 na m., duszność mniejsza, ilość dobowa moczu 800. Bolesność jednak wątroby wciąż chorej bardzo dokucza, objętość jej wcale się nie zmniejszyła.

Rozpoczęto zastrzykiwania Salyrganu, co 2-gi dzień po 1cm^3. Po 3 injekcjach wątroba znacznie mniejsza, absolutnie bezbolesna, chora czuje się jak odrodzona. Podczas kuracji Salyrganowej dobowa ilość moczu wynosi 1800 — 2000 cm^3. Po przerwaniu Salyrganu ilość ta stopniowo spada do 750.

Doświadczenie III. Celem przekonania się, czy w przypadku powyższym wątroba ulega istotnie powiększeniu wskutek zatrzymania wody, przeprowadziliśmy u tejże chorej w 10 dni po upływie kuracji Salyrganowej próbę wodną. Chora otrzymała rano naczczo 1220 cm^3 wody, mocz następnie zbierano co półgodz. w ciągu 4 godzin. W ciągu tego czasu chora wydaliła 1285 cm^3. W ciągu następnych dni chora przy stałej ilości przyjmowanych napojów, wydalała następujące ilości moczu: 1800, 1500, 1200, 900, 900 i 900. Tętno 72 — 84.

Widzimy zatem, że chora, wbrew naszemu przypuszczeniu wodę próby wodnej zupełnie sprawnie wydaliła i dopiero po 3 dniach poczęła znów zatrzymywać wodę. Wynik ten nasuwał 2 przypuszczenia: 1) wątroba chorej wcale nie zatrzymuje wody, 2) Salyrgan wpłynął na wątrobę w ten sposób, że sparaliżował w niej mechanizm zatrzymujący wodę.

Doświadczenie IV. Wobec wyniku ujemnego jednorazowej próby wodnej powtórzyliśmy ją dwukrotnie po 28 dniach przy ilości dobowej moczu 750 cm^3. Pierwszego dnia wprowadzono 1250 cm^3, wydalono 1000 cm^3, nazajutrz dano 1500 cm^3, wydalono 1100 cm^3. Wystąpiła bolesność wątroby, wystaje ona z pod łuku żebrowego na 3 palce. Nazajutrz po drugiej próbie — moczu tylko 800 cm^3, następnych dni 800 i nawet 350. Bóle wątrobowe większe, wątroba sięga na palec powyżej pępka. Zastrzyknięto wtedy 6 razy po 1 cm^3 dziennie Salyrganu; wystąpiła obfita diureza. Po ostatniem zastrzyknięciu wątroba zmniejszyła się o 3 palce, bolesność wątroby znikła.

Widzimy zatem, że jednak wątroba zatrzymuje dość wyraźnie nadmiar wody wprowadzonej do ustroju, ale dopiero po dwukrotnem obciążeniu i dopiero po upływie pewnego czasu od stosowania Salyrganu. Wobec tego, że stan serca w okresie między temi dwiema próbami wcale nie uległ zmianie ani w kierunku dodatnim ani ujemnym, doświadczenie to wskazuje niewątpliwie na to, że 1) *powiększenie wątroby zależy istotnie od zatrzymywania się w niej wody* i 2) *mechanizm ten pod wpływem Salyrganu zostaje na cały szereg dni sparaliżowany.*

Celem dokładniejszego zbadania mechanizmu zatrzymywania wody w wątrobie przeprowadziliśmy szereg badań nad zachowywaniem się wątroby i gospodarki wodnej pod wpływem adrenaliny i peptonu.

Doświadczenie V. Chora Ch. K., l. 12, Insuff. et stenosis mitr., sinica, kaszel, T. 120. Wątroba dochodzi do pępka, bolesna. Moczu 200 cm^3. C. g. 1025, minimalne ślady białka. Ciśn. 100 — 45.

14. VI. chorej zastrzyknięto 1,0 cm^3 adrenaliny. Tętno podnosi się do 132, ciśn. do 135. Ilość dobowa moczu 230, c. g. 1025.

16. VI. Próba wodna. Wprowadzono 800 cm^3 wody; w ciągu 4 godzin wydalono tylko 77 cm^3. Zastrzyknięto wtedy 1,0 cm^3 adrenaliny. Do ranka następnego wydalono moczu 220 cm^3, a więc w ciągu doby 297 cm^3. W ciągu następnej doby moczu 200 cm^3.

19, 20 i 21. VI. zastrzyknięto 3 r. dz. po 1,0 cm^3 adrenaliny. Dobowa ilość moczu 250. Waga chorej podnosi się o 0,5 kg, wystąpił obrzęk stóp, wątroba bez zmiany.

22. VI. Waga 26,5 kg. Moczu 280 cm^3. Zastrzyknięto 1,0 cm^3 Salyrganu. W ciągu 2 dni moczu 3140 cm^3, c. g. 1007. Obrzęki mniejsze.

24. VI. Waga 24 kg. Zastrzyknięto 1,0 cm^3 Salyrganu.

25. VI. Waga 22 kg. Moczu 1900, c. g. 1010. Wątroba bez zmiany. Salyrgan.

26. VI. Waga 21,5. Moczu 1200. C. g. 1011. Wątroba bez zmiany. Obrzęk stóp znikł. Następne 3 zastrzyki Salyrganu znacznie wątrobę zmniejszyły.

W przypadku tym adrenalina, wbrew doświadczeniom Molitora i Picka, nie wywołała zwiększenia diurezy, a nawet przeciwnie, w trakcie jej stosowania, i to w dawkach bardzo dużych, wystąpiło wyraźne zatrzymanie wody w ustro-

ju, które zostało zlikwidowane zapomocą Salyrganu, przy jednoczesnem zmniejszeniu objętości wątroby.

Zobaczmy teraz, jak działa na gospodarkę wodną i na wątrobę pepton.

Doświadczenie IV. Chorej A. M. (p. dośw. II), która znajdowała się w okresie zmniejszenia wątroby posalyrganowego, wprowadziliśmy 22. VI. domięśniowo 250 mg peptonu. Przed zastrzyknięciem waga 41 kg, dobowa ilość moczu 800 cm^3, c. g. 1017.

23. VI. moczu 1017, waga 40,5. Zastrzyknięto pepton.

24. VI. moczu 100 cm^3, c. g. 1015, waga 40,3. Wątroba bez zmiany. Zastrzyknięto 250 mg peptonu.

25. VI. moczu 1600 cm^3, c. g. 1012, waga 39,3 kg. Ciśnienie krwi 105 — 65. Tętno 78. Zastrzyknięto 250 mg peptonu. Ciśnienie bez zmiany.

26. VI. moczu 700 cm^3, c. g. 1015. Waga 39,3. Wątroba bez zmiany.

I tu, jak widzimy, działanie peptonu również znajdowało się w absolutnej sprzeczności z wynikami otrzymanemi przez Molitora, Mautnera i Picka u zwierząt, a w szczególności z doświadczeniem Pollitzera, Stolza i Brilla na człowieku. Gdy autorzy ci po jednokrotnem zastrzyknięciu 250 mg peptonu otrzymali zwiększenie wagi chorego przeszło o 2 kg, a ilość moczu spadła z 700 cm^3 do 250, to w naszym przypadku po 4 injekcjach peptonu waga spadła o 1 kg, a ilość moczu podniosła się o 600 cm^3.

Jeśli wolno nam na zasadzie tego jedynego naszego doświadczenia (sprawdzenie tegoż na większym materjale jest w toku) wyciągnąć pewne wnioski, to musielibyśmy wypowiedzieć się w tym sensie, że pepton nie wpływa pobudzająco na mechanizm mięśniowy tamy wątrobowej, wobec czego sprawa wpływu peptonu na nią musi ulec rewizji.

W ten sposób mechanizm zatrzymywania wody w wątrobie zastoinowej, robiący wrażenie zjawiska celowego, w chwili obecnej nie daje się jeszcze stanowczo rozstrzygnąć na korzyść tamy wątrobowej. W każdym razie jedno nie ulega obecnie wątpliwości, że *t. zw. wątroba zastoinowa zależy od zatrzymania wody w wątrobie i że Salyrgan jest w stanie zmniejszyć obrzmienie takiej wątroby w schorzeniach mięśnia sercowego drogą zadziałania wprost na wątrobę i wywoływania następczo zwiększonej diurezy.* Zjawisko to jest analogiczne do działania Novasurolu na wątrobę w schorzeniach wątroby, z czego obecnie tak często korzystamy jako ze środka rozpoznawczego we wspomnianych schorzeniach. Na zasadzie jednak dotychczas istniejących danych trudno stanowczo się wypowiedzieć co do tego, czy tu gra rolę porażenie zapomocą środków powyższych tamy wątrobowej (Molitor), czy też, co jest może bardziej prawdopodobne, wpływ tych środków na same komórki wątrobowe, ew. na naczynia włosowate tego narządu.

Co do strony klinicznej kwestji, to zaznaczyć należy fakt wyżej przez nas zaobserwowany, że działanie pomyślne Salyrganu na wątrobę jest dość trwałe, gdyż rozciąga się na cały szereg dni, podczas których nawet obfite i kilkakrotne wprowadzenie wody do ustroju nie wywołuje powiększenia objętości

wątroby, co przemawiałoby przeciwko działaniu Salyrganu drogą nerkową. Z tego, co powiedzieliśmy i z badań Pollitzera, Stolza i Brilla, wynika z zupełną pewnością, że i Novasurol, działający analogicznie do Salyrganu, również jest w stanie zmniejszyć t. zw. wątrobę zastoinową. Że tak jest, przekonaliśmy się o tem kilkakrotnie. Nie uważamy jednak za celowe posługiwanie się tym środkiem wobec posiadania takiego środka jak Salyrgan, który działa łagodnie nawet przy zajęciu nerek. Poza tem uważam za wskazane posługiwanie się tym ostatnim w badaniu czynnościowem wątroby, gdzie jest on w stanie w zupełności zastąpić niebezpieczny niekiedy Novasurol.

PAWEŁ BAUMRITTER. Warszawa.

PRZYCZYNEK DO LECZENIA KRZYWICY ERGOSTERYNĄ NAŚWIETLANĄ.

Z kliniki Chorób dziecięcych U. W

Dyrektor: Prof. M. Michałowicz

Referat z „Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego“ 3 maj 1928 r. Nr. 11.

„Z chwilą wykrycia własności leczniczych naświetlanej ergosteryny rozpoczyna się nowa era badań nad krzywicą“.

Słowa te wypowiedział *György*, uczony o wielkich zasługach na polu badań nad patogenezą krzywicy, w dyskusji na zjeździe niemieckich pedjatrów w Budapeszcie we wrześniu r. ub.

Droga, którą kroczyła myśl ludzka, była dość żmudna i zawiła. Oddawna wiadomem już było, że najważniejszem w leczeniu krzywicy było podawanie świeżych jarzyn oraz soków, tranu z dodatkiem fosforu oraz wystawianie dziecka na działanie promieni słonecznych. Nieznany jednak był bezpośredni czynnik przeciwkrzywiczy.

Szereg badaczy starał się wyodrębnić czynnik przeciwkrzywiczy z tranu. Ponieważ przy zmydlaniu tranu część, nie ulegająca zmydleniu, zachowuje własności lecznicze, przeto uwagę zwrócono na cholesterynę, która stanowi główną część tej frakcji tranowej. Jednakże okazało się, iż cholesteryna własności leczniczych nie posiada.

Wielkiem odkryciem w dziedzinie badań nad patogenezą krzywicy było stwierdzenie cudownych własności leczniczych, jakie posiadają promienie pozafiołkowe. Wystawiając zwierzęta doświadczalne, względnie dzieci chore na krzywicę, na działanie promieni lampy kwarcowej, otrzymujemy szybkie i całkowite wyleczenie.

Drugiem niemniej wielkiem odkryciem było stwierdzenie, iż zwykłe pożywienie, nawet takie, jakie podajemy zwierzętom doświadczalnym w celu wywołania krzywicy, po naświetlaniu krótkotrwałem promieniami lampy kwarcowej, nabiera własności leczniczych.

Bliższe badania wykazały, iż własności leczniczych nabiera dzięki naświetlaniu mleko, szereg olei roślinnych, skóra szczurza oraz ludzka i t. d.

Na podstawie powyższych faktów starano się wykryć, jakie ciało chemiczne, zawarte w wymienionych pokarmach, posiada własność nabierania cech leczniczych pod wpływem naświetlania lampą kwarcową. I tym razem ze względu na dużą zawartość cholesteryny w mleku, olejach, żółtku, zaczęto badać jej własności po naświetlaniu promieniami pozafiołkowemi. Okazało się, iż pod wpływem promieni lampy kwarcowej cholesteryna nabiera cech leczniczych. Zastanawiający był jednak fakt, iż dzienna dawka lecznicza naświetlanej cholesteryny, wynosząca 2 — 2½ g, znacznie przewyższa niewielkie ilości jej, zawarte w mleku. Wystarcza zupełnie podawanie niemowlęciu 300 — 400 g naświetlanego mleka dziennie, do wyleczenia w przeciągu około 4 tygodni, podczas gdy ilość 2 — 2½g odpowiada mniej więcej 20 litrom mleka.

Szczegółowe badania chemiczne wykazały, iż czynnik przeciwkrzywiczy jest jedynie domieszką do kupnej cholesteryny. Znakomity znawca steryn *Windaus* pierwszy wyraził przypuszczenie, iż właściwym czynnikiem przeciwkrzywiczym jest ergosteryna. Znajduje się ona, jako domieszka, w ilości $^1/_{52}$ — $^1/_{40}$% w cholesterynie, poza tem w szeregu grzybów i drożdżach.

Ergosteryna naświetlana nabiera wpływu leczniczego już w minimalnych dawkach. *Windaus*, *Hess* i *Rosenheim*, *Hottinger* wykazali, iż dawka 1/1000 mg zabezpiecza szczura przed krzywicą doświadczalną, 1/10 — 1 mg leczy krzywicę psów.

Badania *Vollmera*, *Falkenheima*, *Hottingera* i innych wykazały, iż podawanie niemowlęciu 3 — 5 mg naświetlanej ergosteryny powoduje w ciągu paru lub kilku tygodni zupełne wyleczenie bez jakichkolwiek szkodliwych działań ubocznych.

Ergosteryna naświetlana najlepiej zachowuje swe własności, rozpuszczona w oliwie lub olejku parafinowym. W sprzedaży znajduje się ergosteryna w oliwie w 1% roztworze.

Badania kliniczne, przeprowadzone przez *Hottingera*, *Vollmera*, *Falkenheima*, *György* i innych wykazały, iż najlepsze wyniki otrzymuje się, stosując przez kilka tygodni małe dawki. Jednorazowa duża dawka wywiera znacznie słabszy wpływ leczniczy. Szereg obserwacyj nad wcześniakami i bliźniętami wykazał znakomity wpływ zapobiegawczy ergosteryny. Dawka profilaktyczna ergosteryny jest jeszcze mniejsza od leczniczej i wynosi 1 mg. Co się tyczy dawki leczniczej u niemowląt, to *Hottinger* sądzi, iż wystarcza 1 mg, według innych 2 — 3 mg. *Vollmer* zaleca 5 *pro die*.

Sprawdzianem poprawy w krzywicy jest poprawa stanu ogólnego, zwiększenie się ruchliwości dziecka oraz prawidłowe kostnienie jego kości. Najpierw znika *craniotabes*. Zmiany w nasadach kości długich polegają na odkładaniu się wapnia. Jednocześnie, a czasem nieco później, w surowicy stwierdza się zwiększenie zawartości fosforu *nieorganicznego*. Podczas gdy w czynnej krzywicy

GARDAN

niezawodny środek

przeciwgorączkowy i przeciwbólowy

Szybkie i mocne działanie przy chorobach gorączkowych, a zwłaszcza przy grypie

Doskonałe działanie przy dolegliwościach reumatycznych i neuralgicznych

OPAKOWANIE ORYGINALNE:
Rurki po 10 i flakony po 25 tabletek à 0,5 g
Opakowanie kliniczne po 100 tabletek

ADALIN

(bromodwuetyloacetylomocznik)

Niezawodnie działający

ŚRODEK NASENNY
o wybitnych własnościach
USPOKAJAJĄCYCH

przy zaburzeniach nerwowych wszelkiego rodzaju

OPAKOWANIA ORYGINALNE:
Rurki po 10 i 20 tabletek à 0,5 g
małe opakowanie: 6 tabletek po 0,5 g



I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT

Naukowy wydział farmaceutyczny „Bayer-Meister-Lucius"
Leverkusen n. R.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczp. Polską: Dom Agenturowy „REMEDIA" Warszawski, Fulde i S-ka, Warszawa, Hipoteczna Nr. 5. — Skrzynka pocztowa 748
wysyła literaturę i próbki na żądanie WWPP. Lekarzy bezpłatnie

poziom fosforu jest znacznie niższy od normy 7 mg %, pod wpływem leczenia poziom jego szybko wraca do normy.

Wszystkie te objawy zdrowienia stwierdza się podczas leczenia tranem z fosforem lub naświetlaniem lampą kwarcową. Zauważono je również podczas stosowania ergosteryny naświetlanej.

Dzięki uprzejmości firm wyrabiających naświetlaną ergosterynę otrzymaliśmy 1% rozczyn preparatu w oliwie, który w handlu znajduje się pod nazwą „*Vigantol*". W tej postaci najlepiej ergosteryna nadaje się do stosowania u niemowląt, gdyż kilka kropel oliwy doskonale daje zmieszać się z mlekiem. Wartość lecznicza Vigantolu została udowodniona przez szereg klinicystów na licznym materjale. W żadnym przypadku nie zauważono działania szkodliwego.

Przed przystąpieniem do stosowania Vigantolu w celach leczniczych i do ewentualnego stosowania go w celach eksperymentalnych w innych cierpieniach, uważaliśmy za konieczne sprawdzić, czy otrzymany preparat jest czynny. Doniesienie niniejsze dotyczy 2 przypadków krzywicy, leczonej Vigantolem z pomyślnym wynikiem.

1. K. Tadeusz 4 mies. 3 tyg. Nr. 2763. *Rachitis.* Z bliźniąt, karmiony piersią do 2-ch miesięcy. Potem dokarmiany mlekiem pół na pół z wodą z cukrem w ilości około 250 g mieszanki na dobę. Na powietrze nie był wynoszony. Soków nie dostawał. Od 2 tygodni wymioty i rozwolnienie.

W chwili przybycia dn. 8.XI: Ciepłota prawidłowa. Budowa drobna. Waga 4.860. Wzrost 56 cm. Obwód czaszki 41 cm, klatki piersiowej 35,5 cm, brzucha 37 cm. Odżywianie upośledzone. Skóra blada. Załupieżenie ciemiączka. Wyprzenia. Wyprysk na twarzy. Kościec: wyraźny *craniotabes*, różaniec, zgrubienie nasad. Ciemię duże, 3,6 $\times$ 3,9 cm. Ze strony narządu oddechowego i krążenia zmian nie stwierdzamy. Powłoki brzuszne wiotkie. Wątroba wystaje na 1½ palca z pod łuku żebrowego. *Chwostek.* — *Lust*—.

W 100 cm³ surowicy 5,85 mg fosforu nieorganicznego.

Dziecko otrzymało dietę, która sama przez się nie jest lecznicza dla krzywicy. Początkowo mleko białkowe, później mleko z klejem 2/3 z dodatkiem 5% maltonu i 2% laktonu. Umieszczone zostało w możliwie złych warunkach, bo w najciemniejszym kącie pokoju. Na powietrze nie było wynoszone. Od 13.XI. zaczęto podawać codziennie 10 kropel Vigantolu (= 4 mg ergosteryny) w mieszance. Objawy dyspepsji, które już przedtem ustąpiły, nie powtórzyły się. Dziecko przybiera normalnie na wadze. Po 2 tygodniach zauważyć się dało wyraźne twardnienie potylicy. Dnia 4. XII. t. j. po 3 tygodniach, stwierdziliśmy, iż *craniotabes* znikł całkowicie. Fosfór nieorganiczny, określony tegoż dnia w surowicy, wynosił 7,8 mg na 100 cm³. Ciemiączko zmniejszyło się do 3,0 $\times$ 3,2 cm. Waga dziecka 5.300. Porównanie zdjęcia rentgenowskiego dolnej części przedramienia i dłoni, dokonanego przed i po kuracji, dało następujący wynik (Kol. *Głowacki*): a. Brzeg nasady zaznaczony jest wyraźniej naskutek zgęszczenia tkanki kostnej na granicy chrząstki nasadowej. b. Jądro kostnienia w nadgarstku jest większe i bardziej zgęszczone. c. Rysunek poszczególnych kości śródręcza jest wyraźnie obfitszy naskutek lepszego uwapnienia tkanki kostnej.

2. Ch. Tadeusz 1 r. 4 mies. (Nr. 2758). *Rachitis. Bronchitis.*

Urodzony na czas. Karmiony piersią do 6 mies. Później mleko krowie i kaszka. Ostatnio otrzymywał około 1½ litra mleka. Złe warunki mieszkaniowe. Często zapadał na nieżyt górnych dróg oddechowych. Zawsze wątły i blady. Przyjęty do kliniki z powodu gorączki i kaszlu.

W chwili przybycia 5.XI. ciepłota 38,5, tętno 120. Oddechów około 40 na minutę. Nie siedzi. Budowa wątła. Waga 7.750. Wzrost 78 cm. Obwód czaszki 45 cm, klatki piersiowej 41,5 cm, brzucha 40 cm. Odżywianie upośledzone. Skóra b. blada, sprężystość jej upośledzona. Wybitne zmiany krzywicze: guzy czołowe i ciemieniowe, bardzo wydatny różaniec, brózda *Harrisona*, znaczne zgrubienie nasad. Ciemię nie zarośnięte 0,3 × 0,5. Mięśnie b. wiotkie. Śluzówka gardzieli zaczerwieniona, pokryta śluzem; uzębienie: 7 siekaczy. Płuca: na całej przestrzeni odgłos wypukowy jawny, oddech pęcherzykowy, liczne furczenia i świsty, w dolnych odcinkach średniobańkowe rzężenia. Ze strony narządu krążenia zmian brak. Powłoki brzuszne b. wiotkie. Rozstrzeń mięśni prostych. Wątroba wystaje na 1 palec z pod łuku. Odczyn tuberkulinowy *Pirquet* —, *Chvostek* —, *Lust* —. W 100 cm^3 surowicy 7,5 mg fosforu nieorganicznego.

Po kilku dniach pobytu w klinice ciepłota obniżyła się, rzężenia znikły.

14. XI. zaczęliśmy podawać Vigantol w ilości 10 kropel dziennie (= 4 mg ergosteryny). Dieta przez cały czas była przeważnie mleczna. Dziecko zostało umieszczone jak najdalej od okna.

Po tygodniu stan dziecka zaczął poprawiać się. Skóra zaróżowiła się. Po 10 dniach probuje siadać, usposobienie wesołe.

Dnia 4.XII. odstawiliśmy Vigantol. Fosfor, określony tegoż dnia, wynosił 8,3 mg na 100 cm^3 surowicy. Porównanie zdjęcia rentgenowskiego, dokonanego przed i po kuracji (Kol. *Głowacki*), wykazało, co następuje: Wyraźna różnica w stopniu uwapnienia wszystkich kości. Poprzednio wybitnie panewkowato zniekształcona metafiza, obecnie wykazuje mniejszą wklęsłość i znacznie większą zawartość wapnia. Struktura kostna wszędzie obfitsza.

Reasumując oba przypadki, trzeba powiedzieć, iż w pierwszym stwierdziliśmy wyraźną poprawę w przypadku krzywicy czynnej, podczas gdy w przypadku drugim możemy mówić jedynie o przyśpieszeniu kostnienia u dziecka, które znajdowało się w okresie samoistnej tendencji powrotu do zdrowia, o czem świadczy normalna zawartość fosforu nieorganicznego w surowicy.

Na zasadzie powyższych dwóch obserwacyj możemy wyciągnąć następujące wnioski:

1. Vigantol jest preparatem czynnym.
2. Stosując go, nie zauważyliśmy szkodliwego działania ubocznego.
3. Ergosteryna naświetlana w dawce dziennej 4 mg (= 10 kropel Vigantolu) powoduje szybką poprawę krzywicy.
4. Leczenie ergosteryną naświetlaną może znaleźć zastosowanie w tych przypadkach, w których dzieci nie znoszą tranu. Poza tem w porze letniej, zwłaszcza wszędzie, gdzie brak lampy kwarcowej. Nie należy jednak zapominać o tem, iż słońce jest najpotężniejszym czynnikiem leczniczym w krzywicy.

DR. H. RHODE. Kolonja.

CZARNA ŚMIERĆ.

HISTORJA moru jest stosunkowo mało znaną. Zwłaszcza doniesienia bardzo stare są przeważnie niemiarodajne, gdyż opisywane epidemje z pewnością nie mają nic wspólnego ze znaną obecnie zarazą morową — dżumą. Również i w opisywanej przez *Thukydidesa* „Zarazie morowej w Atenach“



Zaraza morowa — Mignard

(około 429 r. przed Chr.) rozchodziło się prawdopodobnie o skupienia innych chorób. Wydaje się natomiast, że zaraza „justynjańska", która za panowania *Justynjana* (527 — 565) ogarnęła całą Europę, była istotnie prawdziwą dżumą. Aż do XIV-ego wieku epidemje dżumy występowały w Europie jedynie sporadycznie. Później jednak zaczęły one coraz częściej przenikać z Azji i rozpowszechniać się na coraz większych obszarach. O tych strasznych nawiedzinach zachowały się liczne doniesienia; jednak zaledwie niektóre z nich pochodzą od lekarzy.

Najważniejszy dokument o pierwszem pojawieniu się dżumy w Europie pochodzi od *Gabriela de Mussis*, który od 1344 do 1346 r. żył na wschodzie. Wraz z innymi Włochami usiłował on uciec przed zarazą, lecz niestety, uciekinierzy ci zawlekli chorobę do Europy. Za panowania cesarzy *Kantakuzena* i *Nicefora* zaraza rozpowszechnia się w Konstantynopolu. Najbardziej szczegółowym jest opis dżumy we Florencji dokonany przez *Boccaccia.* W tym samym czasie również *Petrarka* skarży się na straszne straty, które zaraza morowa sprawiała ludzkości; dżuma nie oszczędziła pośrednio i wielkiego poety, zabierając mu Laurę, największą radość jego życia. W nowszych czasach *Manzoni* pięknie opisał w swej powieści „Zaręczeni" dżumę, panującą w r. 1527 w Medjolanie.
Z pośród lekarzy opisywali epidemje dżumy *Simon de la Covino* i *Dionysius Colle,* który w r. 1348 sam zachorował na dżumę. *Guy de Chauliac* opisuje mór w Avignonie w latach 1348 i 1360. Niektóre wiadomości o dżumie zachowały się w okolicznościowych wierszach, niejednokrotnie pisanych również i przez lekarzy. Liczne doniesienia o dżumie pochodzą poza tem od lekarzy hiszpańskich, którzy dokładnie opisali epidemje zarazy morowej w różnych wiekach.

Co się tyczy nazwy choroby, to istniał dla niej cały szereg nazw: Pestis, Pestis bubonica, Clades inguinaria, Plague, Pestilenzia, Mortalitas, Epidemia. Określenie „czarna śmierć“ powstało znacznie później. Zaraza roku 1347 została według doniesień wiarogodnych pisarzy poprzedzona przez kataklizmy



Masowa śmierć ludzi i zwierząt Rafael

przyrody, trzęsienia ziemi, powodzie i lata głodowe. W roku największego rozpowszechnienia moru w Europie, 1348, stwierdzano jakoby trzęsienia ziemi w Grecji, we Włoszech i w Karyntji sięgające aż do Szlezwigu i krajów



Zaraza morowa w domu H. Weiditz 1539

skandynawskich. Kometa „Stella nigra“ zwiększała jeszcze, jak piszą ówcześni autorzy, przez swój niezwykły blady blask ogólne przerażenie ludności. W krajach nadmorskich poprzedzały zarazę powodzie i straszne orkany.

Pochodzenie dżumy w r. 1347 nie daje się jednak dokładnie stwierdzić. Naogół podają, że zaraza została zawleczona z Azji. Cesarz *Kantakuzenes* podaje jako miejsce powstania choroby kraj hyperboreicznych Scytów t. zn. półwysep Taurydzki. Stąd choroba przez Pont, Trację, Macedonję, Grecję, Włochy, wyspy śródziemnomorskie, Egipt, Libję, Judeę, Syrję



Leczenie dżumy Johann de Ketha 1491

rozpowszechniła się po całej prawie kuli ziemskiej. Według doniesień *de Mussisa* w roku 1346 zginęły na Wschodzie z powodu moru całe plemiona tatarów i saracenów. Podczas oblężenia miasta Caffy, bronionego przez genueńczyków, tatarzy wrzucali do miasta przy pomocy katapult zwłoki zmarłych na dżumę i rozpowszechniali w ten sposób w fortecy zarazę. Na początku roku 1347 mór przenika do Konstantynopola; w połowie tegoż roku stwierdza się chorobę na Cyprze i w Grecji, a w październiku na Sycylji. Po oblężeniu Caffy okręty (prawdopodobnie z *de Mussisem)* przybyły z oblężonego miasta w końcu roku 1346 do Genui i innych miast i w ten sposób dżuma rozpowszechniła się prawie we wszystkich miastach Włoch. Wenecja utraciła około 100,000 swoich mieszkańców, t. zn. około 70% *(de Mussis)* całej ludności. Z pośród 24 lekarzy zmarło 20. W Modenie z 10,000 mieszkańców prawie nikt nie pozostał przy życiu. Najbardziej ucierpiała Florencja: dżuma pochłonęła tam 96,000 ofiar. Do Hiszpanji mór przedostał się w r. 1348. W Barcelonie zmarło 4 kanclerzy i prawie wszyscy członkowie rządu. We Francji dżuma ukazała się początkowo w Marsylji, a w połowie lata 1348 dotarła już do Paryża. Ogólne straty w ludziach wynosiły we Francji 50—80,000, w tem 2 królowe, które w ofiarny sposób opiekowały się chorymi. Mór nie oszczędził również i Anglji. W samym Londynie zmarło w r. 1348 — 100,000 ludzi.

Do Niemiec dżuma przeniknęła z Francji i z Włoch. Choroba nie ominęła niemal żadnego miasta. W sprawie chronologicznego rozpowszechniania się zarazy po Europie *Haeser* *) na podstawie poszukiwań historycznych ułożył następującą tablicę:

Rok	Miesiąc	Kraje i miasta
1346		Poszczególne miejscowości Sycylji i Włoch
1347	wiosna	Konstantynopol
—	w połowie roku	Cypr, Grecja, Malta, Sardynja, Korsyka Poszczególne miasta nadbrzeżne Włoch
	koniec września lub początek października	Messyna
	początek listopada	Marsylja
1348	początek roku	Hiszpanja (Almeira). Południowa Francja (Avignon)
	początek postu (marzec)	Narbonne
	marzec	Modena
	kwiecień	Perugia
	wiosna	Jerozolima, Florencja, Langwedocja, Gaskonja, Franche-Comté
	maj	Walencja
	czerwiec	Piacenza, Padwa, Syrja, Gaza, Aleppo
	połowa czerwca	Walencja (szczyt epidemji), Barcelona
1348	koniec lipca	Damaszek
	połowa lata	Paryż, Rzym
	początek sierpnia	Południowa Anglja, Szlezwik-Holsztyn
	wrzesień	Saragossa (szczyt epidemji)
	początek listopada	Londyn, Norwegja (Bergen)
	grudzień	Dalmacja, Jutlandja
1349	styczeń	Karyntja (Villach)
	koniec stycznia	Polska
	wiosna	Wiedeń, Frankfurt nad Menem
	koniec maja	koniec epidemji w Anglji
	sierpień	Lubeka, miasto Szlezwik, Gdańsk, Toruń, Elbląg
1350		Rosja

O stratach ogólnych, które zaraza morowa poczyniła ludzkości trudno powiedzieć coś bardziej pewnego. W Chinach zginęło podobno 13 miljonów ludzi. W doniesieniu, skierowanem do papieża Klemensa VI w sprawie zarazy morowej, liczba ofiar dżumy na wschodzie wynosi nawet 23,840,000. W Europie zginęło około 25 miljonów, t. zn. czwarta część całej ówczesnej ludności. Dokładniejsze szczegóły o stratach w ludziach podaje poniższe zestawienie *Heckera* (1832):

*) Haeser. Geschichte der Medizin und der epidemischen Krankheiten, 1882, 3.

Włochy:

Sycylja	530,000
Piza	30,000
Florencja	50,000
(wedłng Boccaccio	100,000)
Bolonja	30,000
Wenecja	40,000
Lombardja	100,000
Siena	80,000

Miasto i okręg:

Perugja	10,000
Genua	40,000
Neapol	60,000
O. O. Franciszkanie	30,000

Niemcy:

Lucerna	3,000
Bazylea	14,000
Strassburg	16,000
Colmar	6,000
Erfurt (ponad)	16,000
Weimar	5,000
Limburg	25,000
Memmingen	2,070
Wiedeń	40,000
Lubeka	9,000
Gdańsk	13,000
Toruń	4,300
Elbląg	7,000
Zakony mnichów bosych	124,434

Francja:

Avignon	60,000
St. Denis	16,000
Paryż	50,000

Anglja:

Londyn ponad	100,000
Norwich	50,100



Doktór z ptasim dziobem z Historiae anatomicae
Th. Bartolin 1661

Akcja obronna przeciwko dżumie po ukazaniu się pierwszych przypadków zarazy polegała głównie na środkach zapobiegawczych: jedni starali się uniknąć zarażenia, izolując się zupełnie od otoczenia (w zamkniętych lokalach), lub masowo opuszczali zarażone tereny — drudzy szukali ratunku od „złej przemiany powietrza“ przy pomocy rozpalania wielkich ognisk na ulicach i w mieszkaniach. Lecznictwo polegało na puszczaniu krwi, po którem jednak większość chorych umierała. Z tego powodu wielu lekarzy przestrzega przed upustem krwi podczas zarazy morowej. Znacznie lepsze wyniki dawało podobno przyjmowanie agarycyny do wewnątrz. Z wszystkiego jednak wynika, że sztuka lekarska w walce z zarazą była zupełnie bezsilną. Wówczas naród, w poszukiwaniu ratunku, znalazł środek zupełnie odpowiadający duchowi czasu w XIV-em stuleciu, gdy wierzono, że biczowanie się do krwi oraz okrutne prześladowania żydów, rzekomych sprawców zarazy, potrafią wstrzymać jej niszczycielski pochód. Początkowo jednak starano się odwrócić pomór środkami nieco łagodniejszemi: modlitwą i praktykami pokutniczemi. Jedną tylko koszulą lub czapką przyodziani ciągnęli biczownicy *) poprzez miasta i wsie, witani wszędzie biciem w dzwony. Biczowali się oni na oczach wszystkich, śpie-

*) Jeszcze tylko raz, w r. 1414, ponowiły się pochody biczowników, później nie ponawiały się więcej.

wając przytem wzruszające pieśni pokutnicze. Niektóre grupy składały się nietylko z mężczyzn i kobiet, lecz nawet i z dzieci. Duchowni, którzy piętnowali te pochody, narażali się na czynne zniewagi fanatycznego tłumu. Praktyki biczowników, spowodowane początkowo pobudkami wzniosłemi, z biegiem czasu dziczały coraz bardziej. Biczownicy poczęli przechwalać się zdolnością czynienia cudów i uzdrawiania chorych. Ich ćwiczenia pokutne przeradzały się



Dżuma F. Carotto 1528

w wyuzdaną erotykę. Niesłychane rozprzężenie zapanowało między ludnością. Nikt nie chciał pracować; każdy chciał tylko żyć, używać i hulać. Doszło do ucisku chłopów przez szlachtę. Bandy rozbójnicze plondrowały po kraju, wzmagając przerażenie, a tem samem dopomagając zarazie w jej rozprzestrzenieniu. We wrześniu i październiku 1348 roku rozpoczęło się prześladowanie żydów. Wszelkie postępowania prawne zostały uznane za zbyteczne. Żydów spędzano do drewnianych baraków, które następnie podpalano. W wielu miastach władze próbowały żydów ratować i uspokoić wzburzone umysły tłumu,

lecz starania te miały skutek wręcz przeciwny. Żądza krwi i mordu już tak opanowała masy, że zwrócono ją nawet i przeciw tym chrześcijanom, którzy stawali w obronie żydów. Papież *Klemens VI* wydał dwie bule dla ochrony żydów; również i cesarz niemiecki czynił usilne starania dla wstrzymania przelewu krwi. *Kazimierz Wielki*, król Polski, na prośby swej żydowskiej kochanki Estery ofiarował w swym kraju dla żydów przytułek, tak jak to już przed stu laty uczynił wielki książę *Bolesław*. Nie zdążyli ludzie jeszcze uspokoić się po tej strasznej dżumie, gdy już w kilka lat później wybuchła w Europie znowu zaraza, coprawda już nie tak powszechnie, lecz tylko w poszczególnych miastach, np. we Florencji w r. 1359 i w Avignonie w r. 1360. Również i w następnem stuleciu wybucha sporadycznie dżuma; najsilniej grasowała ona w latach 1449, 1460, 1473, 1482. W 16-em stuleciu w poszczególnych miejscowościach Niemiec i Włoch naskutek klęski głodowej wybucha czarna zaraza, szczególnie silna w latach 1509 i 1514. W r. 1527 w Medjolanie a w r. 1550 w Szwajcarji, coprawda już nie tak silnie jak uprzednio. W Norymberdze w r. 1562 na 40,000 mieszkańców ginie czarną śmiercią 9,034. W r. 1575/77 zaraza wybucha na nowo we Włoszech. W r. 1576 w samej Wenecji dżuma zabiera nie mniej niż 70,000 ofiar.

Od 17 wieku zaraza staje się w Europie coraz rzadszą, a od połowy 18-go wieku nie była już wcale notowaną w zachodniej Europie. W Europie środkowej oraz południowej wygasła zupełnie od r. 1841; tylko w Astrachaniu w latach 1878/79 zanotowano kilka przypadków małej epidemji. Od tego czasu dżuma ogranicza się do Azji i Afryki, jej prastarych siedlisk, skąd gdy zostaje przypadkiem zawleczoną — jak to miało miejsce w r. 1900 w Bremie i Hamburgu — bywa natychmiast przyduszona w zarodku.

DR. LUCJAN ANTONI DOBROWOLSKI. Zakopane

ROLA KWASU KRZEMOWEGO PRZY GRUŹLICY PŁUCNEJ.

Referat z „Polskiej Gazety Lekarskiej“ 22 lipiec 1928. Nr. 29/30

DLA zwalczania gruźlicy płucnej mamy cały szereg leczniczych środków specyficznych czy też innego charakteru, środków liczonych może na tysiące, mimo to każdy miesiąc prawie przynosi w swej daninie nowy, więcej lub mniej „cudowny lek“. Ta mnogość i stałe powstawanie nowych środków — więcej niż wymownie świadczy o ich wartości; wiele środków działa przy gruźlicy jako nieszkodliwa sugestja, w najlepszym zaś wypadku — są niektóre z nich tylko pomocniczemi czynnikami w walce z cierpieniem. Przypomnijmy sobie erę kreozotu i jego pochodnych — wprost opychano temi przetworami chorych, psując im niemiłosiernie łaknienie i tak już zazwyczaj upośledzone. Zjawiła się era tuberkuliny — specyficznych leków — i innych produktów przemiany

materji lasecznika Kocha — niestety poza niewielką ilością optymistów — zawiodła pokładane w niej oczekiwania.

Pojawiła się wreszcie era stosowania złota — poruszyła umysły do głębi — zdawało się, że nastąpi ostateczne rozwiązanie sprawy gruźliczej i całkowity zwrot w dotychczasowem postępowaniu. Niestety jednak nieumiejętność w dawkowaniu jak i wogóle w doborze przypadków odpowiednich, co zazwyczaj odbywało się zupełnie bez krytycyzmu — gwałtownie przemieniła skrajnych optymistów w zdeklarowanych przeciwników — bo złoto nie odpowiedziało na scholastycznie stawiane warunki.

Nie przesądzając więc znaczenia poszczególnych środków t. zw. przeciwgruźliczych — wspomnę o dawno znanym w medycynie ludowej, w której prawie od wieków jest używanym — o kwasie krzemowym. Obecnie środek ten, którego „moda" już przeszła, zbyt rzadko bywa zalecanym; zgoła jednak niesłusznie, bo posiada własności, które może nawet w swem działaniu przewyższają o wiele inne środki. W ludowej medycynie, kwas krzemowy, pod postacią mieszaniny ziół dostarczany, odgrywa dużą rolę w schorzeniach nietylko płucnych, ale przy całym szeregu cierpień związanych z przemianą materji, przy artretyzmach, chorobach wątroby i miedniczek nerkowych.

By jednak ocenić dokładnie wartość składników krzemowych — trzeba chociaż w ogólnych zarysach zapoznać się bliżej z ich farmakologją jak również i z wynikami klinicznych doświadczeń.

Badania *Koberta* nad przemianą materji wykazały, jak duże znaczenie posiada kwas krzemowy dla przebiegu nawet normalnych spraw reakcyjnych w tkankach, ponieważ poszczególne organy ustroju posiadają pewną stałą zawartość kwasu krzemowego. Szczególnie dużo zawierają go: zewnętrzne powłoki skórne, przewód pokarmowy, płuca i gruczoł trzustkowy. Dotychczas jednak nie można ustalić w jakiej formie występuje kwas krzemowy, najprawdopodobniej jednak w organicznych połączeniach. Wahania w zawartości krzemu w organizmie są w dużej zależności od wieku osobnika. U noworodka ilość znajdującego się krzemu jest znikomo mała, podczas gdy w następnych latach wzmaga się ta ilość znacznie i stale, po to, by znów w latach podeszłych ulec stopniowemu zmniejszaniu się. Z tem w dużej mierze jest związana naturalna odporność ustroju — w stosunku do wieku. Śmiało zatem można przyjąć, że obfita zawartość krzemu w tkankach świadczy o ich całkowitej odporności, podczas gdy znikoma zawartość przemawiać będzie za wyczerpywaniem ustroju, co szczególnie wyraźnie występuje przy gruźlicy, zwłaszcza płucnej. *Kahle*, *Robin*, *Schulz* wykazali swojemi doświadczeniami, że w klatce płucnej, która pozostaje pod wpływem stałych toksyn gruźliczych — następuje b. wybitne zmniejszenie się zawartości krzemu, potęgowane jeszcze tem, że nie odbywa się normalne odkładanie tego składnika z pokarmów, co ma stale miejsce przy normalnych warunkach. W pierwszym rzędzie ma to niepoślednie

znaczenie dla samego przebiegu procesu płucnego, ponieważ, jak wiadomo, włóknista bliznowata tkanka w pierwszym rzędzie zawiera dość spore ilości kwasu krzemowego.

U osobników zdrowych *Breest* wykazał, że przy dostarczaniu odpowiedniego pożywienia bogatego w krzem, następuje w organizmie dość wybitne jego nagromadzanie, podczas gdy wydzielanie odbywa się zbyt wolno. Ale badania doświadczalne do pewnego stopnia świadczą, że w tkankach podległych demineralizacji, tem więcej będzie się odkładać krzemu im więcej one będą schorzałe. Dalszem potwierdzeniem znaczenia krzemu przy gruźlicy płucnej jest fakt, że osobnicy narażeni na stałe czy też okresowe, dłuższe oddychanie pyłem kwasu krzemowego, są jakby więcej uodpornieni na samo rozwinięcie się sprawy gruźliczej, a jeśli już zapadają na nią, to sam przebieg jest zazwyczaj dobrotliwy.

Zwłaszcza robotnicy zajęci w fabrykach porcelany, gdzie zmuszeni są do stałego wdychania drobnego pyłu krzemowego — są prawie że zabezpieczeni od gruźlicy, gdyż nawet istniejąca sprawa zbyt szybko przechodzi w zmiany włókniste, ulegając zbliznowaceniu. Te przykłady życiowe, obserwowane przeważnie przypadkowo, jak wykazały statystyki *Vollratha i Rösslego*, zostały całkowicie potwierdzone w następstwie, przez badania na zwierzętach doświadczalnych.

Thoma, Kohle, Rössle, szczepili psy i świnki morskie prątkami gruźliczemi i zauważyli, że podczas gdy zwierzęta normalnie żywione, przy tem zakażeniu ginęły na gruźlicę, to zwierzęta żywione przedtem również i pewną ilością kwasu krzemowego — zachorowywały dość rzadko. Pośmiertne badanie tychże zwierząt wykazało: u zwierząt kontrolnych postępujący rozpad tkanek, zaś u zwierząt (zwłaszcza świnek) uprzednio żywionych podawaniem krzemu — wyraźne tworzenie się tkanki łącznej, bliznowatej dookoła ogniska gruźliczego. Badania drobnowidowe wykazały silne, włókniste odgraniczenia dookoła ogniska gruźliczego z całkowitem ich obramowaniem, w innych zaś następowało przerośnięcie poszczególnych ognisk tkanką łączną, doprowadzające do całkowitego unieszkodliwienia tych zmian gruźliczych. Badania co do czasu stosowania i ilości podawanego kwasu krzemowego wykazały, że im dłużej zwierzę otrzymywało krzem i im w większych ilościach, tem silniejszy był wpływ na zahamowanie rozwoju gruźlicy. Zdolność resorbcyjna kwasu krzemowego, podawanego per os, jest znaczna, jak wykazały szczegółowe rozbiory kału i moczu.

Jako powód zainteresowania się krzemem jak również i jego wpływem na organizm, posłużył moment pracy mojej w Zakopiańskiej Kasie Chorych i związana z tem długotrwała obserwacja sporej ilości robotników w tamtejszych kamieniołomach. Stwierdziłem, że u tych ostatnich stosunkowo dość rzadko

występowały schorzenia gruźlicze, nie bacząc, że robotnicy ci znajdowali się przeważnie w dość opłakanych warunkach mieszkaniowych, nie mówiąc już o nieodpowiedniem i niewystarczającem odżywianiu. Jeżeli zaś którykolwiek z nich uległ rozwinięciu zakażenia gruźliczego, to jednak ta sprawa nigdy nie przybierała charakteru sprawy zbytnio czynnej, czy też specjalnie ostrej, jak to miałem możność przez okres przeszło 8-miesięczny stwierdzić. Już te choćby przypadkowe moje obserwacje służyć powinny wybitnem potwierdzeniem wyników, otrzymanych przez wyżej wymienionych autorów, przy swych badaniach doświadczalnych jak również klinicznych. Mając powyższe na uwadze, postanowiłem przeprowadzić możliwie najdokładniejsze próby, zmierzające do ocenienia wartości kwasu krzemowego przy gruźlicy.

Do tego celu posługiwałem się dwoma preparatami, jeden z nich składał się z ziół:

Herba polygoni avicularis (rdest),
Herba galeopsidis (poziewnik),
Herba equiseti (skrzyp). a a 50,0

Mf. species, DS. 2 łyżki stołowe zagotować w 2 szklankach wody, wygotować, do jednej szklanki, przecedzić i wypić w ciągu dnia.

Drugi był przetworem farmaceutycznym „Silistren“ Bayera; preparat ostatni przedstawia się jako jasny, winno-żółty, klarowny, syropowaty płyn, o słabym słodkim smaku i zapachu alkoholu. Z wodą miesza się dokładnie, jednak przy dłuższem staniu tworzą się kwaśne estry i następuje wreszcie rozkład.

Środek ten jest cokolwiek drogi, dlatego w swoich badaniach posługiwałem się nim przeważnie u osób więcej zamożnych, u pozostałych zaś ograniczyłem się wyłącznie do stosowania wyżej wymienionej mieszaniny ziół.

Do przeprowadzenia tej kuracji krzemowej wybierałem chorych ze sprawą chorobową zupełnie zdeklarowaną, przeważnie jednak z gruźlicą mniej ostro przebiegającą (o charakterze chronicznym), chorych, u których badanie bakterjologiczne potwierdziło zawartość prątków w plwocinie. Ilość tych chorych wynosiła 48, w tem mężczyzn 22, kobiet 26; wiek wahał się od 17 do 54. Wszyscy oni znajdowali się w warunkach mniej więcej dobrego bytowania, żaden z chorych podczas odbywania kuracji tej nie zajmował się pracą fizyczną, jak również starano się nie podawać im możliwie żadnych innych leków. Wszyscy ci osobnicy werandowali od 3 do 8 godzin dziennie, w zależności od przypadku. Okres przeprowadzania kuracji wahał się od 2 do 7 miesięcy. Każdy z chorych oprócz szczegółowego badania klinicznego, był szczegółowo badany rentgenologicznie, jak również odbywały się okresowe badania (co 10 dni) plwociny (chemiczne, bakterjologiczne i ilościowe), moczu i krwi. Nie wymieniając szczegółowo danych dotyczących poszczególnych przypadków, ze względu na brak miejsca — podam, że główny nacisk położono na działanie wykrztuśne powyższych środków. Wiadomo, że jako wykrztuśne stosuje się

środki o przeróżnym składzie i pochodzeniu. Alkalja, zwłaszcza amonjakalne, alkaloidy, wymiotne w małych dawkach, kwasy, eteryczne olejki, mucillaginosa.

Najprawdopodobniej ich działanie polega, biorąc ogólnie, na wywołaniu obfitszej drobnej wydzieliny w drogach oddechowych ewent. w pęcherzykach płucnych zapomocą podrażnienia parasympatycznego. Wywołana tu wydzielina drażni i pobudza komórki nabłonka migawkowego oskrzeli, jak również w pewnej mierze pobudza perystaltykę oskrzelową.

Wyniki doświadczalne, przeprowadzone na 48 osobnikach, wykazały, że zarówno mieszanina tych ziół, jak i „Silistren" — posiadają w pierwszym rzędzie wybitne wykrztuśne działanie, (zwłaszcza zioła, „Silistren" działa więcej łagodnie i bez zbytnich wysiłków ułatwia odpluwanie), działanie, które przewyższa w dużym stopniu szereg innych środków.

U wszystkich chorych na początku kuracji dawało się zauważyć bardzo wybitne wzmożenie ilości plwociny, co trwało w zależności od przypadku, dłuższy czy krótszy okres czasu, ustępując w następstwie miejsca dużemu jej zmniejszeniu się, tak, że u niektórych osobników, zwłaszcza pod koniec 6-cio miesięcznej kuracji, następowało prawie całkowicie zniknięcie plwociny.
Co się tyczy zawartości prątków w plwocinie, nie znikały one jednak, pomimo stosowania nawet dłuższej kuracji, jednakże, ze zmniejszaniem się ilości plwociny, należy stwierdzić, że zmniejszała się równocześnie ilość i zawartość samych prątków.

Przewód pokarmowy, podczas całej kuracji nie wykazywał żadnych uchybień, czy to pod postacią zaburzeń, czy też innych dolegliwości. Przeciwnie, należy zaznaczyć, że zwłaszcza mieszanina ziołowa, wpływała bardzo dodatnio na samo łaknienie. Często bardzo, przy upośledzonych stanach odżywiania, chorzy zaczynali przybywać wagowo. Ani w jednym przypadku nie spostrzegliśmy choćby najmniejszego podrażnienia nerek, we krwi zaś znaleźliśmy wybitne wzmożenie się składników morfotycznych, zwłaszcza białych ciałek krwi, wreszcie hemoglobina w swej zawartości procentowej, ulegała wzmożeniu. Być może, że te zmiany krwi były w dużej mierze zależne od samego leczenia klimatycznego, jednakże to nie umniejsza wartości leczniczej wymienionych środków, ponieważ w mniej więcej identycznych przypadkach, nie udało się osiągnąć tak wybitnych różnic. Same zmiany płucne wykazywały w niektórych przypadkach wyraźne zmniejszenie się ilości rzężeń wilgotnych. Jako potwierdzenie tego udawało się stwierdzić również i na zdjęciu rentgenowskiem, że tam, gdzie te sprawy przedstawiały się najczęściej w postaci większych czy też mniejszych ognisk serowatych, obramowanych albo wyraźnym cieniem zmian łącznotkankowych, lub też tylko samych zmian serowatych, — przeistaczały się one z poprzednich, zbyt rozlanych konturów w wyraźnie

wysycone cienie jasne, dając wyraźne świadectwo — wytworzenia się bliznowacenia i odkładania się soli przeważnie krzemowapniowych.

W przypadkach cięższych, niestety, nie udało się zauważyć jakiegokolwiekbądź wyraźniejszego wpływu. Ujmując zaś sprawę liczbowo, możemy stwierdzić, że poprawa wyraźnie zaznaczona wystąpiła u 37 osób, podczas gdy u 2 osób kuracja ta pozostała bez jakiegokolwiekbądź wpływu. W tych przypadkach bez poprawy byli osobnicy z daleko posuniętemi zmianami, kilku zaś znajdowało się w okresie poczynającego się rozpadu w płucach. Pogorszenia nie stwierdziliśmy w tym czasie ani razu.

Co się tyczy samej wartości tych 2 preparatów, to pomijając większe lub mniejsze zalety jednego czy też drugiego środka, przyjąć należy, że wybitniejszych różnic między niemi niema. Silistren jako preparat przygotowany farmaceutycznie, ma tę zasadniczą zaletę, że jest stałym w swoich składnikach, mieszanina zaś ziół, może, chociaż w niewielkich granicach, ulegać większym lub mniejszym wahaniom ilościowym, w zależności od zbioru.

Kończąc tych kilka uwag o znaczeniu kwasu krzemowego w przypadkach gruźlicy płucnej, należy zaznaczyć, że aby osiągnąć odpowiednie wyniki przy tej kuracji, należy ją przeprowadzać stosunkowo dłużej — bo jak to wykazały poprzednie doświadczenia kliniczne, organizm im dłużej zostaje zasilany krzemem, tem odporniejszym się staje, i tem większa jest gwarancja wytworzenia się obfitej ilości tkanki łącznej.

PROF. DR. E. VOGT. Tubinga

SPOSTRZEŻENIA NAD ZWIĘKSZENIEM ILOŚCI WITAMIN W POŻYWIENIU PRZEZ DOSTARCZANIE VIGANTOLU W PIERWSZYCH MIESIĄCACH ŻYCIA.

Uniwersytecka Klinika Położnicza

Referat według Münch. med. Wo. 1928. Nr. 17

MLEKO zawiera, jak wiadomo, witaminy A, B i C, nie zawiera jednak witaminy D. W przypadkach podawania tranu matkom w okresie ciąży i karmienia udawało się wpłynąć nadzwyczaj pomyślnie na rozwój wewnątrzmaciczny płodu, względnie jego rozwój w pierwszych okresach życia. Na znaczenie witaminy D dla rozwoju ustroju dziecięcego wskazuje zwłaszcza spostrzeżenie *Poulsson'a*. Sprawa dotyczyła kobiety, która urodziła dwoje żywych dzieci, następnych zaś troje dzieci przyszło na świat nieżywe, szósta zaś i siódma ciąża zakończyła się porodem przedwczesnym. Dopiero gdy matce zaczęto podawać tran, ósme i dziewiąte dziecko urodziło się normalnie. Spostrze-

żenie to przemawia za celowością stosowania witaminy D w przypadkach rodzenia dzieci nieżywych. W przeciwstawieniu do pomyślnego wpływu na rozwój wewnątrz- i zewnątrzpłodowy dziecka,. brak witaminy D w pożywieniu matki wywiera według badań *Abla* wpływ wielce ujemny. Ścisłe badania nad działaniem witaminy D na rozwój dziecka stały się możliwe dopiero z chwilą wprowadzenia do lecznictwa dokładnie dawkowanej witaminy D w postaci „Vigantolu", otrzymywanego przez naświetlanie ergosteryny. W odróżnieniu od innych autorów *Vogt* rozpoczynał swe doświadczenia z Vigantolem natychmiast po urodzeniu, zwłaszcza u dzieci ważących zbyt mało i okazujących skłonność do zaburzeń rozwojowych. Podawano jednak Vigantol również i dzieciom z wagą prawidłową. Dzieci otrzymywały 1 — 4 mg witaminy D w postaci Vigantolu w oliwie. Dzieci ważące 3000 g otrzymywały z początku codziennie 3 krople, jeżeli zaś dawkę tę znosiły dobrze, to zwiększano ją do 4 lub 5 kropel. Dawka przeciętna wynosiła jednak 3 krople. Mniejsze dzieci otrzymywały nieco mniej. Dzieciom wybitnie osłabionym podawano z początku tytułem próby 1 — 2 kropel na dobę, następnie dzień przerwy i na trzeci dzień, o ile nie stwierdzano żadnych zaburzeń, znowu ta sama dawka. Dopiero następnie podawano takim dzieciom Vigantol codziennie. W przypadkach, w których Vigantol powodował biegunki, podawano go jedynie co 2—3 dni. Do marca 1928 roku zbadano 80 dzieci; pośród nich było 15 z wagą powyżej 3000, 44 z wagą pomiędzy 2500—3000, 19 z wagą 2000—2500 (w tem bliźnięta o wadze 2,150—2490 g) i ostatnia wreszcie grupa z wagą poniżej 2000 g (bliźnięta o wadze 1570—1620 g). W 65-ciu przypadkach stosowano naturalne karmienie piersią, w 15 przypadkach dodawano mleko krowie. Początkowy fizjologiczny spadek wagi zmniejszał się pod wpływem podawania Vigantolu, poczynając już od drugiego dnia po urodzeniu; na 8—10 dzień waga osiągała znowu swą wielkość pierwotną, a następnie stale stopniowo wzrastała. Wpływ Vigantolu na stan ogólny był bardzo pomyślny, wygląd dzieci poprawiał się. były one żywsze i bardziej ruchliwe. U dzieci starszych, poczynając od 2—3-go miesiąca życia Vigantol działał już jako czynnik przeciwkrzywicowy. Vigantol w ten sposób nie dozwala na ujawnienie się pierwszych skłonności do krzywicy i na tem polega prawdopodobnie dodatni jego wpływ na stan ogólny dzieci i krzywą wagi. Możliwe jednak, że to działanie ogólne polega na synergizmie witamin, który może się przejawić dopiero wtedy, gdy uzupełnimy sztucznie brak witaminy D w mleku, zawierającem zawsze pozostałe witaminy A, B i C w zupełnie dostatecznej ilości. Na podstawie swych badań *Vogt* radzi, aby w przypadkach występowania objawów dystroficznych w pierwszym okresie życia zarówno przy naturalnem jak i sztucznem karmieniu, zwłaszcza w zimnej porze roku, w której pożywienie matki zawiera mało witamin, podawać dzieciom ostrożnie Vigantol.

DR. HEINZ FRANK

WNIOSKI LECZNICZE I UWAGI O POCHODZENIU SWĘDZENIA SAMOISTNEGO.

z Polikliniki Lekarskiej Uniwersytetu Hamburg-Eppendorf

Referat według D. m. W. 1928. Nr. 31

CIERPIENIA chorego na swędzenia samoistne są niekiedy pomimo braku objawów przedmiotowych tak dotkliwe, że doprowadzają wprost do samobójstwa. Ta okoliczność pobudziła do usilnego stosowania bardzo licznych metod leczenia. Z pośród zabiegów chirurgicznych wymienimy tu: 1) zniesienie przewodnictwa nerwowego drogą donerwowych zastrzyków alkoholu, środków znieczulających, chininy; wstrzykiwanie środków znieczulających dookoła całego dotkniętego cierpieniem terenu; znieczulenie lędźwiowe przy świądzie odbytu i części płciowych; przecięcie lub wycięcie pnia nerwowego, wreszcie w wypadkach szczególnie ciężkich, wycięcie tylnych korzonków; 2) kauteryzacja całego terenu objętego swędzeniem i 3) całkowite wycięcie chorych tkanek. Przy pierwszym sposobie postępowania wrażliwość, niestety, przeważnie szybko wraca i cierpienie zaczyna podawnemu dokuczać choremu. Najradykalniejszą i uwieńczoną trwałym wynikiem jest jedynie metoda trzecia.

Pośród postaci miejscowego swędzenia samoistnego najczęstszą, najuporczywszą i najwięcej dokuczliwą jest świąd odbytu i sromu. Cierpienie to niekiedy uniemożliwia chorym obcowanie z otoczeniem. Często bywa ono przedmiotem interwencji chirurgicznej, do czego zwykle zmuszają wywołane przez drapanie zmiany wtórne. Przeważnie świąd sromu występuje jako objaw uboczny przy guzach krwawniczych, przetokach odbytowych, zapaleniach gruczołów Bartholini'ego i schorzeniach kobiecych. W 50% przypadków tło jednak nie daje się ustalić. W takich razach oprócz o „nerwowości", której przypisuje się najczęściej pochodzenie cierpienia, należy pamiętać o drobnoustrojach i nieprawidłowej działalności wydzielinowej. Leczenie sprowadza się do stosowania tych samych środków, któremi operujemy przy zakażeniach bakteryjnych i grzybkowych skóry, zatem preparaty smołowcowe, rtęć, nadmanganian potasu, siarka i nalewka jodowa. *Schottmüller*, wychodząc z założenia, że sprawa ma tło bakteryjne, zaleca wycieranie sublimatem. Metoda ta daje dobre wyniki i nawet w ciężkich przypadkach doprowadza do wyleczenia. Wycierania te należy powtarzać początkowo rano i wieczorem, później zaś, zwłaszcza przy świądzie odbytu, tylko po defekacji. Swędzenie szybko ustaje, nawroty jednak zdarzają się dość często, zwłaszcza wówczas, gdy wycierań nie dokonywa się dostatecznie starannie. Chcąc ułatwić chorym, przebywającym dużo poza domem, manipulację wcierania, *Schottmüller* stosuje watę sublimatową, która po zwilżeniu wodą jest gotowa do użytku. Swędzenie uogólnione zjawia się niekiedy, jako objaw wtórny, w przebiegu chorób przemiany ma-

terji, krwi, zaburzeń wewnątrzwydzielniczych, przy złośliwych nowotworach, zatruciach i innych cierpieniach ogólnych.

Bardzo przykrym objawem jest swędzenie, które występuje przy długotrwałych żółtaczkach. *Frank*, chcąc uspokoić pacjentów, zmuszony był niejednokrotnie podawać morfinę. Od trzech lat zaszła jednak zmiana w sposobie leczenia swędzenia żółtaczkowego, o czem pisał niedawno *Schottmüller*. Stosuje się obecnie organiczny preparat siarki: „Mitigal". U 20-u chorych z bardzo ciężkim świądem żółtaczkowym wcierania Mitigalu dały doskonałe wyniki; swędzenie ustawało w ciągu 24 godzin. Jednocześnie poczęły się goić uszkodzenia skóry, wywołane drapaniem. Również skutecznie podziałał Mitigal w 2 przypadkach świądu starczego i przerzutów mięsaka. Dalsze spostrzeżenia zawdzięczamy *Frankowi*, który jednak zwraca uwagę, że już w r. 1924 *Hoffman* (D. m. W. 1924 str 763) wyleczył zapomocą Mitigalu ciężki przypadek nerwowego swędzenia; możliwość współistnienia świerzbu była zupełnie wykluczona. Zdaniem *Franka* wcierania Mitigalu są wskazane w każdym przypadku swędzenia uogólnionego. Próby leczenia wysypek posurowiczych Mitigalem również dawały niekiedy wynik korzystny.

DR. HERBERT HIRSCH. Wrocław

NOVALGINA PRZY KOLCE NERKOWEJ.

Referat według D. m. W. 1927. Nr. 38

BÓLE przy napadach kolki nerkowej bywają często tak silne, że nawet morfina i atropina nie są w stanie ich uspokoić. Atropina nierzadko zawodzi nawet zupełnie, morfina zaś może wywołać poza tem przykre objawy działania ubocznego jak np. wymioty i mdłości oraz przyczyniać się do zwiększenia i bez tego już istniejącego zaparcia. W pewnym przypadku kolki nerkowej, w którym atropina nie działała wcale, a morfina powodowała wymioty, dr. *Herz*, kierownik Szpitala Żydowskiego w Wrocławiu, osiągnął doskonałe wyniki uśmierzania bólów zapomocą dożylnych zastrzyków Novalginy.

Zachęcony powyższem spostrzeżeniem, wypróbował *Hirsch* skuteczność uśmierzania bólów zapomocą Novalginy w przypadkach silnych napadów kamicy nerkowej i kolki wątrobianej. Bóle ustawały przeważnie natychmiast, czasem już po 5 minutach. Dotychczas *Hirsch* stosował Novalginę u 8 chorych z kolką nerkową i u jednego z kamicą wątrobową. Wyniki tego postępowania były następujące:

1. E. H., 46 lat, uprzednio wiele napadów kamicy nerkowej. Długotrwałe wymioty po morfinie. Atropina pozostaje bez wpływu. Po dożylnem wstrzyknięciu 2 cm^3 Novalginy natychmiastowe ustanie bólów. Po 6-ciu godzinach drugi napad, nieco słabszy; po 2 cm^3 Novalginy znowu doraźne uśmierzenie bólów.
2. M. G. Ciężka kolka nerkowa, nie reagująca na czopki kodeiny z belladonną i wstrzy-

kiwanie morfiny z atropiną. Po 2 cm^3 Novalginy natychmiastowe ustanie bólów. Po 3 dniach znowu napad, również szybko zwalczony Novalginą.

3. A. W. Silna kolka nerkowa. Po belladonnie względnie atropinie bóle nadal trwają, ustają zaś natychmiast po wstrzyknięciu 2 cm^3 Novalginy. Napady już się więcej nie powtarzały.

4. M. R. Silne napady kamicy nerkowej. Kodeina, belladonna, morfina, atropina pozostają bez skutku. Po 2 cm^3 Novalginy bóle ustają zupełnie w ciągu 5 minut. Napady już się nie powtarzały.

5. H. B. Bardzo silna kolka nerkowa. Morfina i atropina nie sprawiają ulgi. Natychmiastowe ustanie bólów po Novalginie. W siódmym dniu wydalenie kamienia.

6. W. K. Bardzo silna kolka nerkowa z wymiotami. Po 2 cm^3 Novalginy natychmiastowe ustanie bólów. (Wydalenie kamienia).

7. F. N. Silna kolka nerkowa. Po morfinie, zamiast poprawy, mdłości, wymioty i lekkie odurzenie. 2 cm^3 Novalginy dożylnie. Po 15 minutach ustanie bólów. Po 6-ciu godzinach znowu bóle, które i tym razem szybko ustały po Novalginie. Następnie lżejsze napady udawało się szybko uśmierzać przy pomocy domięśniowych wstrzykiwań Novalginy.

8. Pielęgniarka, która już oddawna cierpiała na kamicę nerkową, dostaje nagle w nocy gwałtownego ataku kolki nerkowej. Po dożylnem wstrzyknięciu 2 cm^3 Novalginy natychmiastowe ustąpienie dolegliwości.

9. W. cierpi oddawna na kamicę wątrobową. Gwałtowne bóle nie reagują na morfinę. Mdłości i podwyższona ciepłota. Po 2 cm^3 Novalginy natychmiastowe ustanie bólów, które się już nie powtarzają.

W dwóch przypadkach stwierdzono po kilku dniach po napadzie wydalenie kamienia. Niezawodne przeciwbólowe działanie Novalginy czyni z niej środek doskonale nadający się do stosowania w przypadkach kamicy nerkowej. Wstrzykiwania domięśniowe, jak to wykazuje chory Nr. 7, są również skuteczne, siła jednak ich działania jest nieco słabsza niż wstrzykiwań dożylnych.

DR. ERWIN CATINEANU, ordynator oddziału chirurgicznego w Arad (Rumunja)

O STOSOWANIU RIVANOLU W PRAKTYCE CHIRURGICZNEJ.

Referat według Viata Medicala 1928, Nr. 8

NA swoim oddziale chirurgicznym *Catineanu* stosuje się już od dłuższego czasu jako środek antyseptyczny wyłącznie Rivanol, doświadczenie bowiem wykazało, że odkażające działanie Rivanolu jest znakomite. Rivanol wywiera bardzo silny bakterjobójczy wpływ na zarazki ropotwórcze (paciorkowce i gronkowce) i jednocześnie w dawkach leczniczych nie drażni wcale tkanek i jest zupełnie niejadowitym dla ustroju.

W przypadkach ciężkich ran zakażonych i zanieczyszczonych oraz przy ranach pooperacyjnych w związku z zapaleniem szpiku kostnego, wąglikami, flegmonami, czyrakami, następnie przy ranach po oparzeniach, przy nie gojących się owrzodzeniach i sprawach zgorzelinowych — przemywania i wilgotne opatrunki z roztworu Rivanolu (1 : 500 — 1 : 1000) dawały zawsze wyniki bardzo dobre. Ropna wydzielina zakażonych ran i ropowic zmniejszała się i ustępowała zadziwiająco szybko, ciepłota opadała do normy. Pomyślne wyniki

osiągnięto również w przypadkach ropnych zakażeń stawów, torebek maziowych i otorbionych ropni, które leczono w ten sposób, że po nakłuciu i wypuszczeniu ropy wlewano do jamy rozczyn Rivanolu (10 — 15 cm^3 1 : 500 — 1 : 1000). Po kilku wstrzykiwaniach następowało wyjałowienie stawu i wyleczenie z zupełnem zachowaniem ruchomości. Doskonałe rezultaty osiągnął *Catineanu* również i w leczeniu rozczynem Rivanolu ropnych spraw opłucnej. W przypadkach, w których po torakotomji wyleczenie jednak nie następowało i ropienie uporczywie utrzymywało się nadal, przepłukiwano jamę opłucnową ciepłym (37°) rozczynem Rivanolu. Dwaj chorzy, z których jeden miał ropiejącą przetokę od 1½ roku, a drugi od dwóch lat i u których dotychczasowe leczenie okazywało się bezskuteczne, zostali w ciągu 3 tygodni wyleczeni przy pomocy ostrożnego przemywania opłucnych Rivanolem. Wyleczenie okazało się trwałem. W przypadkach ropnego zapalenia opłucnej u niemowląt i u małych dzieci, wypuszczenie przez nakłucie ropnego wysięku i wstrzyknięcie do jamy rozczynu Rivanolu (1 : 1000) doprowadziło do szybkiego odkażenia i rychłego zupełnego wyleczenia. W urologji stosowano z doskonałym wynikiem przepłukiwania rozczynem Rivanolu w przypadkach ciężkich nieżytów pęcherza, a zwłaszcza jako środek zapobiegawczy przed operacjami wewnątrzpęcherzowemi. Ani razu nie spostrzegano przytem jakichkolwiek przykrych objawów podrażnienia lub bólu.

Nadzwyczajne wprost wyniki stosowania Rivanolu opisuje *Catineanu* w dziedzinie chirurgji jamy brzusznej. Rivanol stosowano przy każdej laparotomji, przy której istniała możliwość zakażenia, okazało się bowiem, że zapobiega on prawie niezawodnie wystąpieniu ropnego zapalenia otrzewnej. Od czasu wprowadzenia na oddziale leczenia rozczynem Rivanolu zapaleń wyrostka robaczkowego, powikłanego miejscowem zapaleniem otrzewnej na tle przedziurawienia wyrostka (Rivanol wlewano do drenów), udało się zmniejszyć do minimum śmiertelność wskutek ropnego zapalenia otrzewnej.

DR. LEWIŃSKI. Jena

JESZCZE JEDEN PRZYPADEK KRWAWIĄCZKI U KOBIETY.

Referat według Zahnärztliche Rundschau 1928, Nr. 39

LEWIŃSKI ogłosił już jeden przypadek hemofilji u kobiety. Obecnie opisuje on jeszcze jedną chorą, u której również stwierdził objawy hemofilji. Ze względu na wielką wagę sprawy hemofilji u kobiet, przytaczamy tu w krótkości historję choroby omawianej chorej:

H. E. Lat 20, lekka anemja, poza tem zawsze zdrowa. 24. VIII. 27 r. usunięto jej 3 korzenie pierwszego górnego prawego spróchniałego zęba trzonowego. Znieczulenie polegało na miejscowem zamrożeniu *chloretylem*. Krwawienie ustało w krótkim czasie. Na drugi jednak dzień wieczorem chora zgłosiła się powtórnie z powodu silnego krwotoku następczego. Prze-

płukanie rany i tamponowanie zdołało zatamować krwawienie. 27. VIII. rana miała wygląd z pozoru zupełnie normalny. 29. VIII. wystąpiło jednak znowu samoistne krwawienie, które zdołano skutecznie opanować. 30. VIII. w porze obiadowej chora doniosła, że krwawienie ponowiło się, trwało gwałtownie przez całą noc i dopiero nad ranem nieco się uspokoiło. Wskutek długotrwałego krwawienia chora czuła się bardzo osłabioną. Zalecono jej nieopuszczanie łóżka i odpowiednią dietę. 31. VIII. rana wyglądała znowu normalnie. Był to okres, w którym chora oczekiwała perjodu, a który jednak nie wystąpił. Dla wytłomaczenia tak uporczywego krwawienia może tu wchodzić w rachubę tylko niedostateczna krzepliwość krwi. Chora zresztą opowiadała, że nawet małe skaleczenie lub ranki zawsze krwawiły długo i mocno.

Ze spostrzeżeń swoich *Lewiński* wyciąga wniosek, że nauka o odporności kobiet w stosunku do krwawiączki nie jest we wszystkich przypadkach słuszną i że sprawa ta wymaga jeszcze dalszych badań.

PROF. DR. DETERMANN I DR. CHRIST. Wiesbaden

ZAKAŻENIE ZĘBOWE JAKO PRZYCZYNA SCHORZEŃ OGÓLNYCH.

Referat według Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1928, Nr. 21

W KLINOWEM piśmie asyryjskiem, datującem się z 2500 r. przed N. Chr. znajdujemy wzmiankę o tem, że bóle głowy, nóg i krzyża spowodowane są zakażeniem zębów. Ten, sięgający zmierzchłych czasów pogląd stał się od niedawna przedmiotem interesujących dociekań ze strony angielskich i amerykańskich badaczy. Dotychczas nie wyjaśniono jeszcze w jakim stopniu ognisko zębowe stać się może przyczyną zakażenia ogólnego. Podczas gdy amerykanie uważają zęby stanowczo za główne źródło cierpień wewnętrznych, inni przyjmują tę tezę jedynie jako większe lub mniejsze prawdopodobieństwo.

Przy zapaleniu miazgi, ropieniu wierzchołków korzeni i ropotoku zębodołowym stale znajdujemy paciorkowce; w sprawach przewlekłych natomiast przeważnie streptococcus viridans, a poza tem pneumococcus i ziarenkowce. Przy ostrych ropniach wierzchołków korzeni (Parulis) można w pierwszych 12 godzinach wykazać obecność wysoce jadowitych paciorkowców. Podczas gdy jedni autorzy uważają, że różne szczepy paciorkowcowe są całkowicie odrębne, inni na podstawie hodowli twierdzą, że są to tylko odmiany tegoż samego rodzaju. *Morgenroth* przypuszcza, że poszczególne typy, zależnie od warunków życiowych mogą przechodzić jedne w drugie. Taka wzajemna zależność ma istnieć np. między streptococcus viridans i haemolyticus. Dodamy tu jeszcze, że znajdowany w ziarniakach zębowych paciorkowiec w korzystnych warunkach może przejść w typ streptococcus haemolyticus.

Nie posiadamy jeszcze dowodów ścisłego związku, jaki ma zachodzić pomiędzy zaburzeniami zębowemi i ogólnemi schorzeniami septycznemi. Pomimo to, w sprawach o niejasnem tle, zawsze należy myśleć o zębach i zależnie od okoliczności odpowiednio interwenjować. Zdarzają się bowiem niejednokrotnie

przypadki, że martwa miazga zębowa z ukrytemi w niej paciorkowcami może przetrwać lata bez wpływu na organizm; wystarczy jednak, aby zjadliwość szczepu wzmogła się, względnie osłabły siły obronne ustroju — wówczas łatwo może nastąpić przerzut bakteryjny. Gniazda paciorkowców w ziarniniakach zębowych są ściśle odgraniczone i jako takie mniej niebezpieczne dla ustroju. Przy ropotoku natomiast możliwość przeniknięcia zarazków do dróg krwionośnych i chłonnych jest o wiele łatwiejsza.

Aczkolwiek związek między chorobami zębów i zakażeniem ogólnem nie został jeszcze ostatecznie dowiedziony, to jednak w praktyce często spotykamy się z przypadkami, w których związek schorzenia zębowego z cierpieniem ogólnej natury jest niewątpliwy. *Determann* opisuje kilka przypadków, w których po usunięciu chorych zębów udało mu się wyleczyć cierpienia o trudnem do wykrycia pochodzeniu, zakażenie krwi, białkomocz, dolegliwości stawowe i kolkę nerkową.

Jady wchłaniane przez ustrój z ognisk zębowych mogą się przyczynić do powstawania objawów natury ogólnej. Rozgraniczenia jednak pomiędzy zakażeniem, a działaniem jadów bakteryjnych nie da się przeprowadzić. Złe samopoczucie, bóle głowy i bezsenność są objawami zatrucia organizmu toksynami. *Determann* przytacza dwa przypadki, w których po wyleczeniu zębów ustąpiła temperatura, zjawił się apetyt i minęło ogólne wyczerpanie. Należy przypuszczać, że niektóre czynnościowe i organiczne zaburzenia nerwowe również powstają pod wpływem toksycznych i bakteryjnych czynników. Lecz trudno pogodzić się z twierdzeniem amerykańskich badaczy, że cierpienia psychiczne, miażdżyca, wrzód żołądka i choroby wieku starczego zależą również od zakażenia zębowego. Natomiast gościec stawowy zdaje się mieć bliski związek z tem zakażeniem. Angielskie ministerstwo zdrowia stanęło od niedawna na stanowisku, że przynajmniej połowa wszystkich schorzeń reumatycznych, w przebiegu których nie obserwowano zmian stawowych, zależna jest od zębów. To samo dotyczy wielu przypadków, w których na pierwszy plan wysuwają się przewlekłe zmiany stawowe.
Z punktu widzenia dentystyki wydaje się zatem niezbędnem, aby przy współistnieniu ogniska zakaźnego w zębach i sprawy natury ogólnej, pacjent był zbadany zarówno przez lekarza-dentystę, jak i doświadczonego internistę. Z drugiej zaś strony chorych z niejasną przyczyną cierpienia, należy zawsze badać również pod względem dentystycznym.

PROF. O. SEIFERT I PROF. F. MUELLER

BADANIE TREŚCI ŻOŁĄDKOWEJ.

Referat według podręcznika diagnostyki lekarskiej

1. Badanie ruchowej czynności żołądka

NAJLEPSZYM sposobem badania ruchowej czynności żołądka jest badanie rentgenowskie; również jednak i przepłukanie żołądka w 6 godzin po spożyciu obiadu pozwala na wyciągnięcie pewnych wniosków. Jeżeli np. stwierdza się w żołądku znaczniejsze pozostałości pokarmowe,

wówczas mamy do czynienia z niedomogą ruchową żołądka. Jeżeli rano stwierdzamy w żołądku obecność resztek pokarmowych spożytych poprzedniego dnia wieczorem, wówczas zaburzenia ruchowe muszą być bardzo znaczne. Niedostateczne opróżnianie żołądka może być wywołane przez zwężenie części oddźwiernikowej wskutek raka, owrzodzenia lub blizny, często jednak również i łagodniejsze, lecz przewlekłe cierpienia żołądkowe mogą doprowadzić do jego atonji.

2. Badanie czynności chemicznej żołądka

Dla zbadania zdolności trawiennej żołądka podaje się choremu próbne śniadanie (filiżankę herbaty i jedną bułkę lub 5 g wyciągu mięsnego *Liebig'a* w 250 cm^3 gorącej wody, 4 g soli kuchennej, kawałek suchego chleba pszennego). Po 45 minutach wydobywa się sondą treść żołądkową. Oprócz śniadania próbnego można podać również i próbny obiad (talerz rosołu z makaronem, 1 befsztyk (150—200 g), purée z kartofli, 50 g chleba, 1 szklankę wody). Sondowania należy dokonać po upływie 3 godzin.

Z początku badamy odczyn papierkiem lakmusowym. Odczyn kwaśny może zależeć od wolnego kwasu solnego, od kwasu solnego luźno związanego z białkiem i organicznemi zasadami, od kwasów organicznych (mlecznego, octowego, masłowego) i wreszcie od kwaśnych soli, jak np. kwaśne fosforany. Ważną dla zdolności trawiennej jest wyłącznie obecność wolnego HCl.

Dla określenia wolnego HCl służy odczynnik *Günzburg'a* (2 g floroglucyny, 1 g waniliny, 30 g alkoholu). Kilka kropel soku żołądkowego zmieszanych z tym odczynnikiem, odparowujemy ostrożnie; w razie obecności wolnego HCl powstaje ładne czerwone zabarwienie. Zamiast odczynnika *Günzburg'a* korzysta się często z rozczynu czerwieni kongo lub z papierka kongo. W razie obecności wolnego HCl czerwony barwnik zamienia się w niebieski. Kwas mleczny daje coprawda również ten sam odczyn, lecz dopiero w tak znacznych stężeniach, jakich w treści żołądkowej nigdy nie spotykamy.

W przypadkach, w których nie możemy lub nie chcemy dokonywać sondowania, można w przybliżeniu ocenić wytwarzanie kwasu solnego przy pomocy próby desmoidowej *Sahli'ego*. Pigułkę błękitu metylenowego owijamy plasterkiem cienkiego kauczuku i zawiązujemy nitką z katgutu, która może zostać strawioną wyłącznie przez sok żołądkowy. Następnie chory połyka tę pigułkę. Jeżeli w treści żołądkowej występuje wolny kwas solny, wówczas pepsyna może przejawić swe działanie i strawić składającą się z tkanki łącznej nitkę katgutową. Błękit metylenowy zostaje uwolniony ze swej otoczki, wchłania się i zabarwia po jakimś czasie mocz. Jeżeli kwasu solnego niema, wówczas zabarwienie moczu nie występuje, gdyż woreczek z błękitem metylenowym nie zostaje otwarty i wydziela się z kałem.

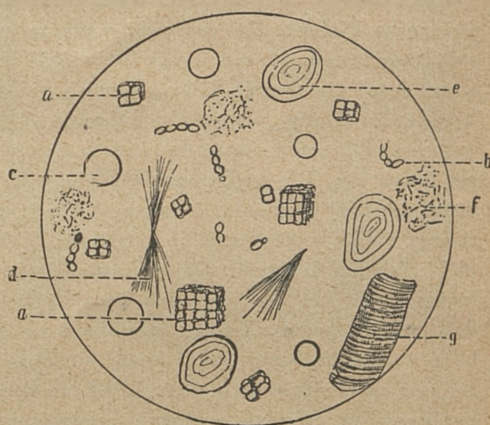
Kwasy organiczne nie są wydzielane przez śluzówkę żołądka, lecz wytwarzają się podczas fermentacji. Kwas mleczny, produkt bakterji kwasu mlecznego, występuje w szczególnie dużej ilości zwłaszcza przy raku żołądka. Dla wykazania obecności kwasu mlecznego wstrząsa się 10 cm^3 miareczkowanej treści żołądkowej z 25 cm^3 eteru. Kwas mleczny przechodzi do eteru. Do eteru dodaje się następnie 2 krople rozcieńczonego rozczynu $FeCl_3$ rozpuszczonego w 5 cm^3 przekroplonej wody. W razie obecności kwasu mlecznego wytwarza się zielono-żółty mleczan żelaza. Zamiast rozczynu $FeCl_3$ można korzystać z odczynnika *Uffelmann'a:* 30 cm^3 rozczynu fenolu, do którego dodaje się 3 krople $FeCl_3$. Niebiesko-ametystowy kolor zmienia się w razie obecności kwasu mlecznego w żółty lub zielono-żółty.

Dla ilościowego określenia kwasoty bierzemy 10 cm^3 przesączonej treści żołądkowej, rozcieńczamy ją niewielką ilością wody, dodajemy kilka kropel fenolftaleiny i wpuszczamy następnie ostrożnie po kropli n/10 NaOH z miareczkowanej biurety, aż wytworzy się trwałe różowe zabarwienie. Liczba cm^3 n/10 NaOH zużytych do zobojętnienia wyraża kwasotę. Przeważnie oblicza się ją na 100 cm^3 treści żołądkowej. Postępowanie to wykazuje jednak tylko kwasotę ogólną. Jeżeli chcemy określić wolny HCl, wówczas dodajemy zamiast fenolf-

taleiny wskaźnik dwumetyloaminoazobenzolowy (kilka kropel 50%-ego rozczynu). Korzystając z tego odczynnika, stwierdzamy w chwili zobojętnienia przejście zabarwienia różowego w pomarańczowe. Najbardziej celowem okazuje się miareczkowanie treści żołądkowej z początku z dwumetyloaminoazobenzolem na wolny HCl, a następnie po dodaniu fenolftaleiny określanie kwasoty ogólnej. W warunkach prawidłowych kwasota ogólna po próbnym obiedzie odpowiada 50—70 n/10 NaOH na 100 cm³ treści żołądkowej, zawartość zaś kwasu solnego 20 do 45 cm³. Po próbnem śniadaniu ogólna kwasota wynosi 30—60, a wolny kwas solny 20—40 cm³. Kwasota normalnej treści żołądkowej odpowiada więc w przybliżeniu 0,15 — 0,2%-owemu kwasowi solnemu.



1. Teichmanowskie kryształki heminy



2. Treść żołądkowa przy niezłośliwem zwężeniu odźwiernika

a) czworniaki, *b)* drożdże, *c)* kulki tłuszczowe, *d)* igły kwasów tłuszczowych, *e)* ziarna skrobi, *g)* włókna mięśniowe (według podręcznika chorób wewnętrznych Strümpla)

Wobec tego, że czysty sok żołądkowy zawiera 0,3—0,4% HCl, to normalna treść żołądkowa po spożyciu pokarmów przedstawia mieszaninę składającą się z jednakowych mniej więcej ilości pokarmu i soku żołądkowego. O ile kwasota ogólna przewyższa 70, wówczas mamy do czynienia z nadkwaśnością, jaką stwierdzamy np. przy wrzodzie lub rozstrzeni żołądka i nerwowych jego chorobach lub przy blednicy. Naczczo stwierdzamy duże ilości zawierającej kwas solny treści żołądkowej w przypadkach choroby *Reichmann'a* (sokotok żołądkowy). Niewielka ilość kwasu solnego lub zupełny jego brak wskazują na podkwaśność lub zupełną bezsoczność. Poza rakiem zmniejszoną kwasotę stwierdza się przy nieżytach żołądkowych i zaniku błony śluzowej żołądka. Przy zaniku śluzówki żołądkowej może dojść nawet do zupełnego ustania wydzielania pepsyny i podpuszczki (Achylia gastrica, anaemia perniciosa).

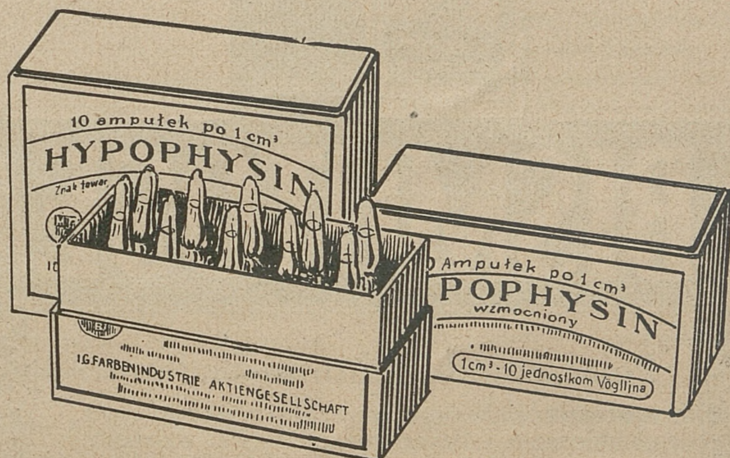
Dla zbadania siły trawiennej soku żołądkowego w stosunku do białka bierzemy do dwóch próbówek nieco włóknika; do jednej próbówki dodajemy kilka kropel 1%-owego HCl i następnie wstawiamy obie próbówki do cieplarki. Jeżeli po upływie 6—12 godzin fibryna w żadnej z próbówek się nie rozpuściła, wówczas mamy do czynienia z brakiem pepsyny. Jeżeli włóknik rozpuścił się tylko w tej próbówce, do której dodaliśmy HCl, wówczas pepsyna jest obecną, natomiast brak kwasu solnego.

Przy badaniu wymiocin bardzo cennem dla rozpoznania może się okazać stwierdzenie obecności niektórych składników. Większe ilości śluzu znajdujemy przeważnie przy nieżytach żołądkowych: połknięta ślina, którą rozpoznajemy przez zawartość rodanku potasu (odczynnik $FeCl^3$) występuje najczęściej przy Vomitus matutinus potatorum. Krew znajdujemy przy wrzodach, raku żołądka, Melaena neonatorum, marskości zanikowej wątroby, kile wątroby oraz przy krwawieniach z przełyku i z śluzówki żołądka. W zależności od czasu pozostawania krwi w żołądku wykazuje ona swą zwykłą barwę lub zostaje przetrawiona na masę podobną do fusów kawowych. Obecność krwi można wówczas wykazać zapomocą próby heminowej. Nagrzewa się nieco badanej treści aż do wrzenia z lodowatym kwasem octowym i kilku kryształkami soli kuchennej. Gdy mieszanina ta ostygnie, wytwarzają się *Teichmann'owskie* kryształki heminy, łatwo stwierdzalne pod mikroskopem. Jeszcze prostszą jest próba *Weber'a.* Do próbówki z przesączoną treścią żołądkową dodaje się 1/6 objętości stężonego kwasu solnego i niewielką ilość wody, a następnie wstrząsa się z kilkoma cm^3 eteru. Jeżeli się eter po kilku minutach nie odwarstwia, dodaje się jeszcze kilka kropel alkoholu. Jeżeli eter pozostaje niezabarwiony, to krwi w treści nie było. Jeżeli zaś przyjmuje zabarwienie czerwono-brunatne, jest to dowód obecności barwnika krwi zamienionego w octan hematyny. Dla wykonania tej próby z możliwie dużą pewnością, przelewamy część eteru do innej próbówki, dodajemy kilka kropel świeżej nalewki gwajakowej i tyleż kropel starego olejku terpentynowego lub H_2O_2. W krótkim czasie występuje wówczas zabarwienie niebieskie lub fioletowe. Odczyn staje się jeszcze wyraźniejszy, jeżeli zobojętnimy rozczyn ługiem sodowym. Dla uzyskania bezwzględnej pewności można jeszcze próbę eterową zbadać spektroskopowo. Zamiast gwajaku i olejku terpentynowego można użyć również alkoholowy rozczyn benzydyny i wodę utlenioną. W razie obecności krwi rozczyn przyjmuje również zabarwienie niebieskie. Jeżeli się korzysta zamiast z benzydyny z rozczynu alkoholowego aloiny, wówczas występuje zabarwienie czerwone.

Przy silnych wymiotach można również stwierdzić w soku żołądkowym trypsynę, zwłaszcza wtedy, gdy w żołądku znajdowała się oliwa. *Boldireff* oparł na tem spostrzeżeniu swój sposób badania zawartości jelit cienkich: podaje on choremu naczczo około 200 cm^3 oliwy, sonduje po ½ godzinie żołądek i bada wydobytą treść na obecność trypsyny.

W wymiocinach możemy poza kwasami fermentacyjnemi, powstałemi z węglowodanów (kwasem mlecznym, masłowym, octowym) stwierdzić również kwasy powstałe z tłuszczów obojętnych (wolne kwasy tłuszczowe) oraz związki powstałe z białka (pepton, leucyna, tyrozyna, fenol, indol, skatol, H_2S i NH_3). Wytwory te znajdujemy jednak tylko przy bardzo znacznem zaleganiu treści żołądkowej oraz w tych przypadkach, gdy zawartość jelit wraca z powrotem do żołądka (wymioty kałowe, miserere). Pod mikroskopem stwierdzamy śród resztek pokarmowych części roślinne, poprzecznie prążkowane włókna mięśniowe, ziarna skrobi, płaskie nabłonki z jamy ustnej i przełyku, komórki drożdżowe, czworniaki (sarcina) i prątki kwasu mlecznego.

Hypophysin



Fizjologicznie mianowany preparat o stałej sile działania

Pewny i mocny środek dla wzmacniania bólów porodowych i zwiększania napięcia naczyń krwionośnych



Dalsze wskazania: dychawica oskrzelowa, pooperacyjne porażenie jelit, kamica wątrobowa i kamica nerkowa

Opakowania oryginalne:

Hypophysin (1 cm^3 = 3 jednostkom Vögtlina) w ampułkach po 1 cm^3,
Hypophysin „mocna" (1 cm^3 = 10 jednostkom Vögtlina) w ampułkach po 0,5 i 1 cm^3

I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT
Naukowy wydział farmaceutyczny „Bayer-Meister-Lucius", Leverkusen n/R
Wyłączna Reprezentacja na Rzeczp. Polską: Dom Agenturowy „REMEDIA" Warszawski, Fulde i S-ka, Warszawa, Hipoteczna Nr. 5. — Skrzynka pocztowa 748
wysyła literaturę i próbki na żądanie WWPP Lekarzy bezpłatnie

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Przypadek wyleczenia ciężkiej krzywicy

O niezwykle skutecznem działaniu Vigantolu świadczy przypadek wyleczenia nadzwyczaj ciężkiej krzywicy, który chciałbym podać tu do wiadomości.

Odwiedzając pewną rodzinę robotniczą, zauważyłem dziecko, które pomimo ukończonych dwóch i pół lat nie mogło ani chodzić, ani stać. Z zadziwiającą zręcznością, właściwą dzieciom krzywiczym, czołgało się po pokoju. Już przy powierzchownem oglądaniu dziecka rzucała się w oczy jego głowa o kwadratowym zarysie. Bliższe badanie ustaliło wszystkie cechy ciężkiej krzywicy: niezarośnięte ciemiączka, krzywiczy różaniec, zgrubienia stawów nadgarstkowych, lekkie skrzywienie kręgosłupa, wygięcie obu kości biodrowych, wystający brzuch oraz silny stopień niedokrwistości. W grze mimicznej dziecka jaskrawie przebijał się wyraz lękliwości i przygnębienia. Całość obrazu zatem wielce żałosna. Przypadek wydawał mi się odpowiednim do praktycznego wypróbowania skuteczności Vigantolu. Zaleciłem podawanie 3 kropli olejku Vigantolowego 3 razy dziennie. Sposób odżywiania się dziecka, który niewątpliwie przyczynił się do powstania krzywicy, nie uległ w tym czasie żadnym zmianom.

Już po trzech tygodniach z wielkiem zdziwieniem stwierdziłem, że dziecko, przytrzymując się poręczy krzesła, mogło stać. Wyraz przygnębienia ustąpił. Zdaniem matki psychiczny stan dziecka uległ zasadniczej zmianie na lepsze. Po miesiącu dziecko niemal odrodzone chodziło już po ulicy. Biodra wykazywały tendencję do prostowania się, ciemiączka zmniejszyły się, cera stała się zdrowszą.

Jednem słowem, niezwykle jaskrawy obraz poprawy, który niewątpliwie zawdzięczać należało stosowaniu Vigantolu.

Jest godnem pożałowania, że tak cenny środek, jak Vigantol, nie znajduje się w lekospisie Kas Chorych, bowiem mógłby doskonale zastąpić kosztowne leczenie słońcem górskiem.

Dr. Reingruber, Lamspringe (Hannover)

O trwałości wód mineralnych w butelkach

Z inicjatywy Ogólnoniemieckiego Związku Zdrojowego dokonano badania sześciu niemieckich wód mineralnych i stwierdzono, że wartość lecznicza wód mineralnych w butelkach w niczem nie ustępuje wodzie czerpanej wprost ze źródła. Rozbiór chemiczny np. wody Wildungen, konserwowanej w flaszce w ciągu 13 lat, z uwzględnieniem fachowego napełniania, korkowania i ułożenia butelki, dowiódł, że jej własności lecznicze są nawet stalsze, aniżeli wody czerpanej wprost ze źródła, która ulega naturalnym wahaniom.

Prof. Dr. W. Heubner (Ztsch. f. wiss. Bäderkunde 1928 Nr. 8)

W sprawie wpływu wyczerpania umysłowego na wydzielanie organicznego fosforu w moczu

Dla ustalenia wpływu, jaki wywiera praca umysłowa na przemianę fosforu w mózgu, określano u kilku osobników ilość fosforanów, wydzielonych w moczu: 1) w stanie znużenia umysłowego i 2) w stanie spokoju umysłowego. Jakkolwiek z nielicznych doświadczeń dotychczas poczynio-

nych nie można wysnuć wniosków ostatecznych, to jednak ustalono, że ilość organicznego fosforu w moczu jest zupełnie niezależna od obfitości organicznych związków fosforu doprowadzanych w pokarmach. We wszystkich stanach znużenia po pracy umysłowej zwiększa się ilość wydzielanego w moczu fosforu oraz wielkość t. zw. współczynnika *Symmer'a*

$$\frac{\text{organiczne związki } P_2O_5}{\text{ogólna ilość — } P_2O_5}$$

Zwiększenie powyższego współczynnika wynosiło w jednym z przypadków 16,6%, po odpoczynku zaś obniżyło się do 4 — 2%. Zauważono przytem, że przemiana organicznego fosforu w czasie pracy umysłowej jest zupełnie niezależna od jego ogólnej ilości. Niewątpliwie chodzi tu o swoisty proces przemiany białka mózgowego, obfitującego w związki fosforowe. Organizm przeładowuje się resztkami przemiany materji, których przeróbka nie idzie w parze z ciągłem ich wytwarzaniem się.

Dr. L. Taranowitsch

Labor. biochemiczne przy białoruskim Uniwersyt. Państw. w Mińsku (Bioch. Ztsch. 1928 1928. 194, 4/6)

Krótkie doniesienie o pierwszych pięciu przypadkach płonicy leczonych Scarla-Streptoseriną

Przypadek 1. Herbert S., lat 8, płonica. W 3-im tygodniu choroby gwałtowny wzrost ciepłoty i silne obrzmienie gruczołów szyjowych, zwłaszcza po stronie prawej. Wstrzyknięto domięśniowo 25 cm³ surowicy: po 2 dniach spadek ciepłoty i zniknięcie obrzęku.

Przypadek 2. Ilsa H., 1½ roku; róża, której punktem wyjściowym było drobne skaleczenie na łydce. Ciepłota 40⁰—41⁰, drgawki. Stan ogólny bardzo ciężki. Zastosowano 25 cm³ surowicy, poczem nastąpił powrót do przytomności, spadek ciepłoty i zatrzymanie się rozwoju róży. W dniu następnym wstrzyknięto znowu 25 cm³ surowicy i jako efekt stwierdzono wyleczenie róży. Przy pierwszym zastrzyku chora otrzymała 10 cm³ dożylnie, 15 cm³ zaś domięśniowo; przy drugim — 25 cm³ surowicy domięśniowo.

Przypadek 3. Wolfgang F., 2½ roku; płonica. W 4-ym tygodniu choroby wysoka ciepłota o krzywej typu septycznego oraz silne obrzmienie gruczołów szyjowych, których rozmiary przez 9 dni stale się powiększały. Zupełna apatja, brak apetytu, zły stan ogólny. W 10-ym dniu choroby wstrzyknięto domięśniowo 10 cm³ surowicy. W 11. dniu stan dziecka znacznie się poprawił, gruczoły również znacznie się zmniejszyły. Dziecko zaczęło się bawić, było w dobrym nastroju i chętnie przyjmowało pokarmy. W 12-ym dniu choroby ciepłota wróciła do normy oraz zniknął całkowicie obrzęk gruczołów.

Przypadek 4. Fred A., 8 dni; róża rozszerzająca się od pępka poprzez brzuch ku środkowi lewego biodra. Ciepłota 40⁰; zupełne zamroczenie, brak odruchów skórnych, sinica warg. Wygląd konającego. 10 cm³ surowicy domięśniowo. Po 2 dniach ciepłota 38,5⁰. Dziecko bardziej ruchliwe, powraca do ssania. Róża zaczyna znikać. Ponowny zastrzyk 10 cm³ surowicy. Na trzeci dzień choroby: ciepłota 37,5⁰. Wygląd dziecka znacznie weselszy. Róża ustąpiła całkowicie. Dziecko krzyczy głośno. Łaknienie dobre. Czwarty dzień: ciepłota 37⁰, stan dobry.

Przypadek 5. Gertruda R., 2½ roku. Ciężka płonica z szeroko rozlaną wysypką. Ciepłota 40,9⁰, cuchnący nalot w gardle, zupełne zamroczenie. 10 cm³ surowicy Scarla-Streptoserin domięśniowo. W dniu następnym: ciepłota 37⁰, wysypka zanika, początek łuszczenia. Trzeci dzień: nalot w gardle oddziela się. Czwarty dzień: stan dobry, silne łuszczenie się, nalot znikł.

Dr. S. Wolff

Lek. Nacz. Kliniki dla niemowląt i dzieci, Eisenach

W sprawie leczenia grypy

Lecząc ostatnio 3 przypadki grypy, miałem możność stwierdzenia niewątpliwie korzystnego działania Omnadiny na przebieg choroby.

Przypadek 1. Architekt, 32 l. Wieczorem dnia 20/IV silne dreszcze, ból głowy, uczucie ogólnego rozbicia, katar nosa, zapalenie oskrzeli, kłucie w bokach, ciepłota 40,5°. Wezwanie do chorego otrzymałem następnego dnia. Zastosowałem natychmiast zastrzyk Omnadiny i wieczorem tegoż dnia nastąpił krytyczny spadek ciepłoty do 37,1°. 22/IV wszystkie dolegliwości ustąpiły prawie zupełnie, ciepłota 36,4°. Dla utrwalenia efektu zastosowałem ponowny zastrzyk Omnadiny. Wyleczenie zupełne.

Przypadek 2. Wdowa po urzędniku, 54 l. W pierwszym dniu choroby dreszcze, silny katar nosa, chrypka, kaszel, uczucie ogólnego osłabienia, duszność, ciepłota 39,9°. Tegoż dnia jeszcze zastrzyk Omnadiny. Spadek ciepłoty do 38,2° oraz zmniejszenie się dolegliwości. W dwa dni później ciepłota 37,5°, samopoczucie chorej znacznie lepsze, chrypka zniknęła prawie całkowicie, zapalenie oskrzeli w okresie cofania się, plwocina w niewielkich ilościach. Ciepłota 36,9° — powtórny zastrzyk Omnadiny. Wyleczona.

Przypadek 3. Uczeń gimnazjalny, 15 l. W pierwszym dniu choroby silny ból głowy, kaszel, katar nosa, silne łamanie w kończynach. Natychmiastowy zastrzyk Omnadiny; ciepłota 39,7°. W drugim dniu krytyczny spadek ciepłoty do 36,1° przy prawie zupełnem ustąpieniu dolegliwości. Dla utrwalenia korzystnego rezultatu drugi zastrzyk Omnadiny. Wyleczony.

Działanie Omnadiny we wszystkich trzech przypadkach było tak jaskrawe, że skuteczność jej nie może budzić żadnych wątpliwości. Żaden ze środków i zabiegów leczniczych nie wywierał dotychczas tak szybkiego i radykalnego działania jak Omnadina. Wyniki okazują się wprost zdumiewające.

Dr. Ostermayer. Budapeszt

O stosowaniu Tonophosphanu w pedjatrji

M. Klein stosował Tonophosphan u 5 chorych. Za wyjątkiem jednego przypadku gruźlicy oskrzelowej u noworodka, Tonophosphan dał w pozostałych przypadkach niki zupełnie zadowalniające. Doskonałe rezultaty osiągnięto w następującym przypadku: P. J., 9 miesięcy, przy piersi; wybitny obraz krzywicy z silnym stopniem rozmiękczenia kości czaszkowych, waga 6,5 kg. Dziecko nie było w stanie unieść główki; psychicznie silny niepokój. 15 zastrzyków Tonophosphanu 1%-owego w odstępach jednodniowych we wzrastających i kolejno obniżających się dawkach od 0,3 do 0,7. Żadnych środków wewnętrznych, witamin, tranu i naświetlań kwarcowych nie stosowano. Sposób odżywiania dziecka ustalono jak następuje: 2 razy dziennie pierś, 1 raz papka z owoców, 1 raz zupka jarzynowa, 1 raz grysik. Po 15-ym zastrzyku: waga 7,75 kg (przybytek na wadze 1,25 kg w ciągu 30 dni); dziecko, podtrzymywane, może siedzieć, 3 ząbki przerżnęły się, stan ogólny dobry, sen spokojny. 15 zastrzyków Tonophosphanu wystarczyło w krótkim czasie do osiągnięcia bardzo pomyślnego wyniku. Dalszych zastrzyków wskutek nastania bardzo silnych mrozów (dziecko zamieszkiwało na prowincji) nie można było dokonać.

P. K. dziewczynka, lat 14, wzrostu 123 cm, wagi 23 kg (co odpowiada wadze 8 — 9-letniej dziewczynki). Nie robiła postępów w szkole wskutek znacznego osłabienia pamięci. Od dłuższego czasu leczona preparatami tarczycowemi, grasicowemi i jajnikowemi. Od dwóch lat przestała rosnąć. Dziecko otrzymało 18 zastrzyków 1%-ego Tonophosphanu, stosowanych codziennie. Zastrzyki były zupełnie bezbolesne i nie dawały odczynu miejscowego. Po 6 tygodniach stwierdzono: wzrost 124,5 cm, waga 25 kg, stan ogólny dobry; w zakresie objawów nerwowych znaczna poprawa.

W dwóch pozostałych przypadkach, w których stosowano Tonophosphan u osobników dorosłych, osiągnięto całkowite wyleczenie uporczywych dolegliwości natury neurastenicznej.

Dr. Małgorzata Klein, Sibin (Rumunja). (Romania med. 1928. Nr. 13 14)

Pyramidon — gościec stawowy

W piśmiennictwie lekarskiem ukazało się ostatnio kilka doniesień *Schottmüller'a* o leczeniu gośćca stawowego dużemi dawka-

mi Pyramidonu. Również dobre rezultaty stosowaniem tejże metody osiągnął *Lämmerhirt*. U pewnej 40-o letniej chorej, znajdującej się od 10 lat w okresie podostrym gośćca, połączonego z niewielkiemi podniesieniami ciepłoty i nieustępującemi obrzękami stawów, nie udawało mu się osiągnąć wyleczenia. Sprawa rozpoczęła się ostro, jako gościec wielostawowy. I oto nagle następuje poprawa: ciepłota opada do normy, obrzęk stawów ustępuje i chora zaczyna poruszać się bez żadnych trudności. Okazuje się, że idąc za radą pewnego starego reumatyka, chora zażywała duże dawki Pyramidonu, bezpośrednio jedną po drugiej. Korzystny wynik ujawnił się niemal natychmiast. Od tego czasu *Lämmerhirt* rozpoczął stosowanie Pyramidonu i jakkolwiek rezultaty były niejednolite, to w wielu wypadkach okazały się bardzo dobre, zwłaszcza tam, gdzie pierwszy ostry okres przeminął i chorzy nie reagowali na salicyl. Już w najbliższych godzinach po zastosowaniu pierwszych gramów Pyramidonu w postaci proszku chorzy niejako „kąpali się we własnym pocie", tak że zachodziła potrzeba niejednokrotnej zmiany bielizny. Następny gram podany w godzinę później wywoływał już tylko nieznaczne pocenie się. Po tym odczynie chorzy czuli się jak nowonarodzeni. Chorzy ze skompensowaną wadą sercową znosili reakcję po Pyramidonie bardzo dobrze. Dokuczliwe sensacje sercowe nie zjawiały się ani razu. W większości przypadków powtarzanie jednodniowej kuracji Pyramidonem okazało się zupełnie zbędnem.

Dr. Lämmerhirt, Berlin-Oberschönweide
(Ther. d. Gegenw. 1928 z. 9)

O niezwykle pomyślnych wynikach leczniczych stosowania Omnadiny

Wezwany do chorej z zapaleniem płuc, jak zwykle w takich przypadkach zastosowałem Omnadinę. Lecz nie o znanym ogólnie pomyślnym wpływie Omnadiny na zapalenie płuc pragnąłbym na tem miejscu mówić. Otóż w powrotnej drodze od chorej, towarzyszącą mi żonę moją ukąsił jadowity wąż, a mianowicie w środkowy palec lewej ręki. Pomimo nacięcia i przewiązania nastąpiło zatrucie. Ponieważ nie miałem przy sobie żadnego preparatu, który moim zdaniem mógłby być skutecznym— zrobiłem mej żonie dwa zastrzyki z posiadanej przy sobie Omnadiny. Już po upływie pół godziny żona moja była w stanie ponownie dosiąść konia, a po powrocie do domu odczuła znaczną ulgę. Nie robiłem jej więcej zastrzyków; po dwóch dniach czuła się zupełnie dobrze.

Stosowałem Omnadinę również z dobrym wynikiem przy bardzo bolesnych ukłuciach spowodowanych tutejszemi trującemi roślinami. Chodzi tutaj nie o swoisty jad zwierzęcy, jak to ma miejsce przy ukąszeniach przez węże, lecz o zakażenie ogólne.

Dr. Bachem, San Bernardina, Paraguay

Przeciwcukrzycowe środki odżywcze

Dr. *Kaufmann* zwrócił niedawno uwagę na skuteczność wyciągu z bobu (Phaseolus vulgaris) przy leczeniu cukrzycy. Udało mu się stwierdzić drogą prac doświadczalnych, że groch i soczewica również zawierają substancje przeciwcukrzycowe. Podobne działanie mają posiadać i wyciągi z owsianki, żyta, pszenicy i ryżu. Wyciągi najlepiej przygotowywać zapomocą alkoholu.

Przeciwcukrzycowe własności rozmaitych wyciągów ustalono drogą doświadczeń na zwierzętach. Otrzymano przytem następujący szereg: owies — bób — soczewica — groch — ryż — żyto — pszenica — kartofle — dekstroza.

W doświadczeniach dokonanych na chorych można było ustalić równoległość tolerancji węglowodanowej z siłą przeciwcukrzycową wyciągu. Wydaje się wielce prawdopodobnem, że skuteczność leczenia cukrzycy owsianką i mącznemi jarzynami zależy przedewszystkiem od wpływu przeciwcukrzycowych substancyj w nich zawartych.

Dr. Kaufmann, Kolonja
(Ztsch. f. d. ges. exp. Med. 1928 z. 62)

Wpływ żółtego fosforu na krzywicę szczurów

W doświadczeniach na szczurach stwierdzono, że podawanie zwierzętom fosforu w oliwie nie wywiera żadnego wpływu na zmiany krzywicze. Jakkolwiek stosowanie codzienne 1 — 3 kropel 1%-ego rozczynu fosforu prowadzi u zdrowych i chorych szczurów do odkładania się soli wapniowych w nasadach kostnych, to jednak zmiany te nie są jeszcze dowodem wyleczenia krzywicy. Przy stosowaniu samego fosforu krzywicze objawy kostne raczej wzmagają się. Również i zapobiegawcze stosowanie fosforu przy pokarmie ubogim w witaminę D nie jest w stanie niedopuścić do powstania zmian krzywiczych. Fosfor nie ujawniał żadnego wpływu na normalny wzrost kości, a odkładanie wapnia w nasadach kostnych odbywało się w sposób zwykły. Po raz pierwszy dowiedziono więc niezbicie, że fosfor nawet w najmniejszym stopniu nie wpływa na krzywicę. Celem wyjaśnienia, czy fosfor nie działa bezpośrednio, aktywując ergosterynę, *Weese* poddawał in vitro nieczynną ergosterynę działaniu fosforu, karmiąc nią potem w dużych dawkach chore szczury. Lecz i tą drogą nie udało się osiągnąć wpływu leczniczego na krzywicę. Z powyższego można wnioskować, że nawet w najlepszych warunkach nie można zapomocą fosforu aktywować ergosteryny.

Dr. H. Weese. Inst. farm. w Monachjum. (Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1928. tom 135).

Leczenie niedokrwistości

Solarson posiada niewątpliwie wszystkie cechy, jakich się wymaga od dobrego preparatu arsenowego. Zastrzyki podskórne są bezbolesne i nie wywołują odczynu miejscowego, wchłanianie zaś następuje bardzo szybko. Działań ubocznych nigdy nie stwierdzano. Stale osiąga się pełny efekt leczniczy, a wyniki jeszcze szybsze osiągnąć można, stosując Solarson dożylnie.

U 50 pacjentów stwierdzano korzystne działanie Solarsonu nietylko na podstawie klinicznych obserwacyj, lecz również i drogą badania krwi. W 15 przypadkach niedokrwistość była na tle ciężkich krwawień macicznych, w 11 przypadkach stwierdzono obraz oligoemiczny; 5 przypadków na tle blednicy u młodych dziewcząt, 2 na tle pląsawicy, 2 choroby Basedowa, 4 na tle ciąży związanej z ciężką niedokrwistością, 11 ciężarnych z silnem wyczerpaniem organicznem, zapaleniem gruczołów chłonnych, początkującą gruźlicą płuc lub miejscowemi zmianami gruźliczemi. U wszystkich tych chorych, obok polepszenia się obrazu krwi, stwierdzono doskonały wpływ na stan ogólnego odżywiania, natychmiastową poprawę łaknienia i postępujący wzrost wagi.

Varaldo używał prawie wyłącznie ampułek Solarsonu, zawierających 2 cm^3 preparatu; nawet codzienne stosowanie zastrzyków nie wywoływało u chorych żadnego wpływu ujemnego.

Prof. Dr. F. R. Varaldo. Ospedale S. Paolo Savona. (Progressi di Terapia. 1928. Nr. 4).

O znaczeniu jodu w dentystyce

10%-owa nalewka jodowa u osobników wrażliwych drażni silnie śluzówkę. Poza tem ciemne zabarwienie utrudnia odróżnianie tkanek podczas zabiegów chirurgicznych. Tych braków nie posiada Jothion czyli dwujodohydroksypropan. Jest to płyn prawie bezbarwny, o słabym zapachu i oleistym charakterze. *Priester* stosuje do smarowania śluzówki jamy ustnej mieszaninę Jothionu z gliceryną lub alkoholem:

Rp. Jothion — 10,0
Alkohol — 10,0
Glycerin — 30,0

Należy dbać, aby Jothion zadziałał bezpośrednio na śluzówkę i w tym celu trzeba ją dokładnie osuszyć z napływającej śliny. Już podczas pendzlowania daje się zauważyć silne zaczerwienienie śluzówki, a po krótkim czasie zjawia się delikatny białawy nalot. Według *Priestera* nie jest on objawem nadżerania śluzówki, lecz pochodzi od powierzchownego złuszczania nabłonka.

Podczas pendzlowania pacjent zazwyczaj nie odczuwa żadnych sensacji, potem jednak zjawia się dość silne palenie, które powoli znika. Jothion wchłania się stosunkowo szybko. Podczas gdy jod z nalewki jodowej znika z ustroju już po godzinach, jod pochodzący z Jothionu znajdujemy jeszcze w 96 godzin po pendzlowaniu. Najlepiej działa Jothion na zapalenie śluzówki jamy ustnej, zapalenie dziąseł i powierzchowne owrzodzenia błony śluzowej. Jednocześnie z zastosowaniem jodu należy usunąć kamień zębowy, jako składnik szkodliwy. Przy zapaleniu okostnej zębowej stosowanie Jothionu również ma swoje zalety; to samo dotyczy leczenia spraw umiejscowionych w korzeniu zębowym, przyczem pamiętać jednak należy, by nie zamykać korzenia zbyt wcześnie przez wzgląd na możliwość późniejszych powikłań. Przy paradontozie wprowadzamy możliwie najoględniej zapomocą włosowatej pipetki nierozcieńczony Jothion w samo dziąsło i osiągamy w ten sposób również poprawę.

Priester skonstatował na samym sobie doskonałe działanie Jothionu, stosując go na formujący się czyrak; po nasmarowaniu wystąpiło silne i dość długotrwałe uczucie palenia, jednak już w krótkim czasie zaczerwienienie i nacieczenie zniknęło i do zropienia nie doszło. W zabiegach chirurgicznych Jothion ma tę przewagę, że nie zabarwia pola operacyjnego. To samo dotyczy palców operatora, które na pacjenta robią wrażenie zabarwionych nikotyną. W przeciwieństwie do nalewki jodowej, Jothion zupełnie nie niszczy narzędzi lekarskich.

Dr. E. Priester, lekarz dentysta, Berlin.
(Deutsche Zahnärztl. Woch. 1927. Nr. 25/26)

Wpływ środków znieczulających na czynność wątroby

Doświadczenia na psach dowiodły, że już po krótkotrwałem uśpieniu chloroformowem występują długotrwałe zmiany w tkance wątrobowej. Po ½-godzinnej narkozie zmiany utrzymywały się w ciągu 8 dni, po 2-u godzinnej zaś, trzeba było 6 tygodni, aby czynność wątroby wróciła do normy. Sprawność wątroby sprawdzano zapomocą próby bromosulfoftaleinowej. Eter również powoduje uszkodzenie wątroby, lecz zmiany te utrzymują się nie dłużej niż 24 godziny. N_2O i etylen, stosowane przez maskę, nie wpływają na wątrobę. Jeśli jednak usypianie odbywa się w zamkniętej kamerze ze słabym dopływem O_2 — wówczas zjawiają się również długotrwałe zaburzenia czynności wątrobowej. Duże dawki morfiny upośledzają funkcje wątroby na przeciąg 24 godzin.

Dr. S. M. Rosenthal i Dr. W. Bourne.
(Il. of. Am. med. Ass. 1928. z. 90)

Leczenie padaczki Antipyriną i Luminalem

Już od 4—5 lat *Balta* stosował przy leczeniu padaczki kombinację bromu z Luminalem i dopiero ostatnio zamiast bromu wprowadził Antipyrinę. Tą drogą udało mu się zmniejszyć dzienną dawkę Luminalu (poprzednio 2—3 x 1 g bromku potasu + 2—3 x 0,1 g Luminalu) na 3 × 0,3 Antipyriny + 3 × 0,04 g Luminalu. W niektórych przypadkach wskutek zmniejszenia dawki Luminalu ilość napadów początkowo zwiększała się, później jednak w 42 przypadkach (36 epilepsja genuina) kombinacja Antipyriny z Luminalem wyraźnie obniżała skłonność do napadów i działała lepiej aniżeli brom + Luminal. U 2 chorych, u których pomimo stosowania bromo-Luminalu stale zjawiał się jeden napad w ciągu miesiąca, pod wpływem Antipyriny + Luminal napady nie powtarzały się wcale przez 5 miesięcy. W 15 przypadkach ilość napadów nie zmniejszyła się, natomiast wybitnie osłabło ich natężenie.

Dr. Julius Balta.
Państw. Zakład dla chorych psych. i nerw. Budapeszt. (Gyógyaszat. 1928. Nr. 39).

Przewlekła pęcherzyca pospolita

Dr. *Fuss* opisuje przypadek pęcherzycy dotyczący 29-io letniej kobiety cierpiącej już od ½ roku, u której udało się umiejsco-

wić objawy na kończynach i tułowiu po zastosowaniu 12 dożylnych wlewań (10 cm^3) 1%-owej Trypaflaviny. Jednocześnie z wlewaniami całe ciało naświetlano promieniami ultrafioletowemi. W obrazie krwi przed leczeniem stwierdzono 10% komórek eozynochłonnych. Jedynie twarz, pierś i nieliczne ogniska na plecach nie poddawały się leczeniu, jakkolwiek po ostatniem wlewaniu i naświetlaniu i w tych miejscach stwierdzono znaczną poprawę.
U innej, 36-io letniej kobiety, która miała zaatakowaną również błonę śluzową jamy ustnej, osiągnięto doskonałą poprawę już po 4-ch dożylnych wlewaniach 1%-ego roztworu Trypaflaviny łącznie z naświetlaniem lampą kwarcową.

Dr. Fuss. Wiedeń.
T-wo Dermatolog. 29. III. 1928.
(Dermatol. Wochenschr. 1928. Nr. 39b)

W sprawie leczenia kiły u niemowląt i młodszych dzieci

Leczenie kiły wrodzonej u dzieci jest pod wieloma względami o wiele trudniejsze niż u dorosłych. Nie wszystkie metody leczenia dorosłych można, niestety, zastosować u dzieci, nie mówiąc już o tem, że cierpienie to u dzieci jest często bardzo uporczywe i połączone z niebezpieczeństwem dla życia. Wynika z tego, że leczeniu zapobiegawczemu kobiet ciężarnych należy przypisywać wielkie znaczenie. Leczenie współczesne jest metodą kombinowaną; w grę wchodzi zawsze Neosalvarsan i rtęć w rozmaitych postaciach. Metody różnią się jedynie wielkością dawki Salvarsanu: jedni stosują 15 mg, inni (*Erich Müller*) 30 mg pro kilo wagi. W ostatnich czasach niektórzy lekarze zwalczają metodę większych dawek Neosalvarsanu.
Ze szczególną trudnością jest połączone dożylne wlewanie Neosalvarsanu u niemowląt. Tem też tłomaczą się usilne poszukiwania środka, którego stosowanie mogłoby być prostsze i łatwiejsze. Wymaganiom tym najlepiej odpowiada preparat Spirocid, który podaje się niemowlętom doustnie. Preparat ten jest obecnie już szeroko stosowany; jego korzystny wpływ na objawy kliniczne, odczyn serologiczny oraz całkowita nieszkodliwość nie ulegają żadnej wątpliwości. Ważnem tylko jest, aby przy podawaniu przestrzegać odpowiednich dawek.

Dawkowanie: 1-y kwartał 0,06 g; 2-gi kwartał 0,12; 2-gie półrocze 0,25, potem zaś do lat 10-iu 0,5 g. Rozpoczyna się zwykle od małych dawek, które stopniowo powiększamy.

Cennym nabytkiem okazało się zaprowadzenie ambulatorjów kiłowych przy klinikach dziecięcych, w których matkę i dziecko leczy się jednocześnie, przy szerokiem uwzględnieniu leczenia zapobiegawczego.

Dr. A. Bratusch-Marrain. Graz.
(Odczyt wygłoszony na Zjeździe lekarzy krajów alpejskich w Grazu. 1928)

Stosowanie małych dawek Luminalu przy zaburzeniach czynności płciowych

Dobre wyniki lecznicze, jakie osiągamy Luminalem (w postaci Luminaletek = 0,015 g Luminalu) w dziedzinie cierpień naczynioruchowych, jak migrena, dusznica bolesna i inne, nasunęły mi myśl stosowania Luminalu i przy stanach nadmiernej pobudliwości sfery płciowej (zmazy nocne, prostatorhaea, erekcje przy rzeżączce). Najdogodniejszą okazała się następująca kombinacja:

Rp. Luminal 0,75
Camphorae monobromat.
Lupulin. aa 10,0
Plv. et succ. liquirit aa q. s.
ad pil. Nr. C
(2 pigułki = 0,015 Luminalu)

Podaję zwykle 3 razy dziennie po 2 pigułki, lub też po obiedzie 2, wieczorem zaś 2—3. Po osiągnięciu poprawy ograniczam dawkę do 2—3 pigułek tylko wieczorem.
Miałem możność przekonania się, że podawanie małych dawek Luminalu wydatnie

przyczynia się do wzmożenia skutku leczniczego, którego osiągnięcie bez Luminalu bywa bardzo trudne.

Dr. Erich Eisner, dermatolog, Hindenburg, Górny Śląsk

Przypadek ciężkich zaburzeń żołądkowo - jelitowych

Calcaterra stosował Tonophosphan w licznym szeregu przypadków jako środek ogólnie wzmacniający i tonizujący i osiągnął przy jego pomocy bardzo pomyślne wyniki. Ostatnio autor miał sposobność wypróbowania skuteczności Tonopshosphanu w przypadku ciężkich zaburzeń żołądkowo-jelitowych, powstałych na tle znacznego opadnięcia trzew. Sprawa dotyczyła pani M. F., lat 56. W związku z ciężką pracą fizyczną, do której chora nie była przyzwyczajona, poczęła ona przed rokiem doznawać dolegliwości żołądkowych, które polegały na braku łaknienia, mdłościach, odbijaniach, uczuciu przepełnienia żołądka. Poza tem chora skarżyła się na bóle w podżebrzu. Natężenie tych bólów było zmienne. Środki pobudzające łaknienie i ogólnie wzmacniające pozostawały bez wpływu na dolegliwości chorej i stan jej pogarszał się coraz bardziej. Rozpoznanie rentgenologiczne brzmiało: „U pani M. F. stwierdza się opadnięcie żołądka i jelit znacznego stopnia ze zgięciem wątrobowego kąta okrężnicy. Pomimo szybkiego opróżniania się żołądka, wykazuje on jednak objawy niedomogi ruchowej, polegające na niedostatecznej sprawności okolicy odźwiernikowej". Chorej zalecono noszenie odpowiedniego elastycznego pasa brzusznego i lekkostrawne odżywianie. W razie niepowodzenia zaś tego leczenia pozostał w rezerwie zabieg chirurgiczny.

Choroba jednak postępowała dalej. Do zaburzeń trawiennych dołączyły się ciężkie zaburzenia nerwowe. Stan chorej graniczył z charłactwem.

Calcaterra zwrócił się wówczas do Tonophosphanu. Wyniki stosowania tego preparatu okazały się nadspodziewane. Po szeregu wstrzykiwań chora mogła już spożywać lżejsze potrawy, do czego uprzednio wcale nie była zdolna. Następnie dolegliwości stawały się coraz mniejsze i wreszcie ustąpiły zupełnie; chora odzyskała apetyt i odżywiała się prawidłowo; zabarwienie skóry stało się różowe. Waga ciała wróciła do dawnej wysokości i chora była w stanie zająć się swą pracą zawodową. Obecnie kontynuuje ona nadal leczenie Tonophosphanem i przyjmuje miesięcznie serję 20 wstrzykiwań.

Dr. Vito Calcaterra. Bologna. (Progresi di Terapia. 1928. Nr. 8)

Kongresy i Zjazdy:

VII Międzynarodowy Kongres Chirurgiczny odbędzie się w Warszawie od 23 do 27 lipca 1929 r. w pałacu Rady Ministrów pod przewodnictwem Prof. Hartmana z Paryża.

Zmarli:

Gepner Tadeusz, doktór medycyny, podpułkownik lekarz, starszy ordynator I Szpitala Okręgowego im. Marsz. Piłsudskiego, urodzony w roku 1883, zmarł dn. 17 czerwca 1929 r.

Grosberg Zygmunt, doktór med., zmarł 21 czerwca 1929 r.

Paradistal Stanisław, sekretarz wykon. Polskiego Związku Przeciwgruźl., hospitant 2-ej kliniki chorób wewnętrzn. U. W., zmarł 21 czerwca 1929, przeżywszy 37 lat.

Stankiewicz Władysław, zasłużony doktór medycyny. W ciągu 38 lat był lekarzem-chirurgiem przy Szpitalu Ewangelickim, gdzie równocześnie w ciągu kilkunastu lat sprawował urząd Naczelnego lekarza.

Watraszewski Xawery, długoletni naczelny lekarz szpitala Św. Łazarza, cieszący się wielką popularnością w zakresie swej pracy zawodowej, zmarł 23 czerwca 1929 r., przeżywszy 75 lat.

Redaktor: A. ENDE mag. farm.
Wydawca: Dom Agenturowy „REMEDIA" Warszawski, Fulde i S-ka
Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrz. poczt. Nr 743
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 8
Odbito w Drukarni „Rola" J. Buriana, Warszawa, ul. Mazowiecka Nr. 11



Przeciwko biegunkom letnim

(Połączenie drożdży z kwasem garbnikowym)

o szybkiem i niezawodnem działaniu przeciwbiegunkowem

Eldoform uspokaja jako środek ściągający podrażnioną błonę śluzową, zmniejsza przekrwienie i doprowadza w ten sposób pośrednio do uspokojenia wzmożonej perystaltyki kiszek

Wskazania: nieżyty jelit, niestrawność, biegunki z wymiotami, zaburzenia jelitowe w przebiegu grypy lub gruźlicy

Nadaje się zwłaszcza do stosowania w praktyce dziecięcej

Opakowania oryginalne: rurki po 20 tabletek à 0,5 g, małe opakowania po 10 tabletek à 0,5 g. opakowania kliniczne po 250 tabletek

*



I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT

Naukowy wydział farmaceutyczny „Bayer-Meister-Lucius". Leverkusen n/R

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczp. Polską: Dom Agenturowy „REMEDIA" Warszawski, Fulde i S-ka, Warszawa, Hipoteczna Nr. 5. — Skrzynka pocztowa 748

wysyła literaturę i próbki na żądanie WWPP. Lekarzy bezpłatnie

TREŚĆ

NOTATKI TERAPEUTYCZNE